

Marianna Jalonen

TURVALLINEN KOTIUTUS PORIN PERUSTURVAN
KOTIHOIDOSSA

Terveysten edistämisen koulutusohjelma
2014

TURVALLINEN KOTIUTUS PORIN PERUSTURVAN KOTIHOIDOSSA

Jalonen, Marianna

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Terveysten edistäminen, ylempi AMK

Kesäkuu 2014

Ohjaaja: Hirvonen, Eila

Sivumäärä: 60

Liitteitä: 2

Asiasanat: kotiutus, kotihoito, yhteistyö

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kehittää kotihoidon asiakkaan turvallista kotiutusta Porin perusturvan terveyskeskussairaalan vuodeosastolta kotihoitoon. Tavoitteena oli tuottaa avauksia ja suosituksia, joiden pohjalta jatkossa voidaan toteuttaa kotiutuksen kehittämisprojekteja Porin perusturvan vanhustyön kotihoidossa. Syksyllä 2013 projektina tehdyn esiselvityksen perusteella eniten kehittämistarvetta ilmeni kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välisessä yhteistyössä.

Teoriaosa kirjallisuuskatsauksineen koostuu kansallisista laeista, ohjelmista ja suosituksista, jotka tukevat kotiuttamisen kehittämistä. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin seitsemää kotiuttamisen kehittämistyötä käsittelevää raporttia. Lisäksi tarkasteltiin kotiuttamisen hyvää käytäntöä. Kehittämistyön tarve varmistettiin vaikutusten ennakoarvioinnilla.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin tapaustutkimusta. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselyllä, johon vastasi viisi kotihoidon työntekijää. Vastaajat kuvasivat kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välistä yhteistyötä kotiutuksissa ja yhteistyön kehittämis ehdotuksia. Keskeisiksi yhteistyön kehittämisen osa-alueiksi nousivat tehokas tiedonkulku, oikea-aikainen kotiutus, hoidon jatkuvuus ja palvelujen viiveetön järjestäminen. Turvallisen kotiutuksen prosessikaavion mukainen yhteydenpidon lisääminen edistää kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välistä tiedonkulkua. Kotihoidon vastuuhoitaja kotiutuksen koordinoijana mahdollistaa turvallisen kotiutuksen kaikkina viikonpäivinä. Efficapotilastietojärjestelmään voidaan luoda kotiutuksen dokumentit. Yhden osa-alueen kehittäminen edistää muiden osa-alueiden kehittymistä. Opinnäytetyön tuloksena syntyneitä avauksia voidaan jatkossa työstää opinnäytetöiden, projektien ja työpajojen avulla Porin perusturvan vanhustyön kotihoidossa.

SAFE DISCHARGE FROM THE WARD TO HOME CARE

Jalonen, Marianna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
June 2014
Supervisor: Hirvonen, Eila
Number of pages: 60
Appendices: 2

Key words: discharge, home care, co-operation

The purpose of this thesis was to develop the discharge of patients from the hospital of the health care centre in Pori. The aim was to create recommendations and openings which could be used in developing the discharge of the elderly to home care. In 2013 a pre-survey was carried out and the results showed that there were development needs in the co-operation between home care providers and the staff of the wards.

The theoretical part with its literature review consists of national laws, programmes and recommendations which support the development of discharge. The literature review focuses on seven reports on the development of discharge. The need for the development work was established by a pre-assessment of the effects.

Case study was used as a research method. The material was collected with a semi-structured inquiry. The inquiry was answered by five employees in home care.

The respondents described the co-operation between home care providers and the ward staff in discharge situations and they also gave suggestions for improvement. The most important areas for development were transfer of information, correct time of discharge, continuity of care and arrangement of services without delay.

Increase in communication based on the discharge process model promotes transfer of information between the hospital and home carer providers. Discharge documents can be created in the Effica system. The charge nurse responsible for coordination of discharge enables safe discharge during the whole week. The development of one area promotes the development of other areas.

The recommendations which resulted from the thesis work can be further developed in future theses, projects and workshops in the home care of the elderly.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TURVALLISEN KOTIUTUKSEN TAVOITTEITA.....	7
2.1	Ikähoiva-työryhmä 2011	7
2.2	Vanhuspalvelulaki.....	7
2.3	Ikäihmisten palvelujen laatusuositus	8
2.4	Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020	9
2.5	Kaste-hanke 2012-2015	9
2.6	Porin perusturvan strategia 2016	10
3	KOHTI TURVALLISTA KOTIUTUSTA.....	11
3.1	Kirjallisuuskatsaus kotiuttamisen kehittämisestä Suomessa	11
3.2	Turvallisen kotiutuksen tunnuspiirteitä.....	15
3.3	Kotiuttamisen hyvä käytäntö	19
4	KOTIUTUS PORIN PERUSTURVAN KOTIHOIDOSSA	22
4.1	Porin perusturvan yhteistoiminta-alue ja vanhuspalveluiden kotihoito.....	22
4.2	Kotiuttamisen kehittämisen vaikutusten ennakoarviointi.....	25
4.3	Kysely kotiutuksen nykytilasta Porin perusturvan kotihoidossa	30
5	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
6	TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN - TAPAUSTUTKIMUS	32
6.1	Tapaustutkimus tutkimusmenetelmänä.....	32
6.2	Aineiston analyysi ja tulkinta.....	36
7	TULOKSET	37
7.1	Kotihoidon ja sairaalan välinen tiedonkulku	37
7.2	Oikea-aikainen kotiutus	38
7.3	Hoidon jatkuvuus	40
7.4	Palvelujen viiveetön järjestäminen	41
8	SUOSITUKSET KOTIUTUSYHTEISTYÖN EDISTÄMISEKSI.....	44
8.1	Turvallisen kotiutuksen prosessi.....	44
8.2	Vastuuhoitaja kotiutuksen koordinoijana	47
8.3	Kotiutuksen dokumentit.....	48

9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	49
9.1	Lait ja ohjelmat	49
9.2	Kotiutussyhteistyön edistäminen.....	49
9.3	Kehittämistehtävän eteneminen	50
9.4	Pätevyys, luotettavuus ja eettisyys.....	51
9.5	Vertailua ja jatkotutkimushaasteita.....	52
9.6	Kyselyn tulosten pohdintaa.....	54
	LÄHTEET.....	57
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa on tällä hetkellä reilu miljoona ikääntynyttä, yli 63-vuotiasta ihmistä. Lähes miljoona heistä elää itsenäistä arkea. Ikääntyneistä ihmisistä noin 140 000 käyttää säännöllisesti palveluja. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluita (kotihoitoa tai omaishoidon tukea) saa noin 90 000 henkilöä. (STM 2013, 13.) Kaste 2012 – 2015 (STM 2012) ja ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020” (STM 2011b) -ohjelmien yhtenä päätarkoituksena on ikäihmisten kotona asumisen mahdollistaminen, johon pyritään muun muassa rajapintakäytänteitä, kuten kotiuttamista, kehittämällä. Hyvin suunniteltu kotiutus lyhentää sairaalahoitoa, tukee kotona selviytymistä, vähentää sairaalaan paluuta (pyöröovi-ilmiö) ja lisää turvallisuuden tunnetta ja potilastyytyväisyyttä. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010, 4-5.) Turvalliselle kotiutumiselle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen on vaikeaa, koska rajapinnoilla tapahtuvan työskentelyn kehittäminen on organisaatioiden sisällä tapahtuvaa kehittämistyötä haastavampaa. (Reijonen, Harra, Immonen & Marjamäki-Kekki 2012, 77; STM 2012, 17.) Turvallisen kotiuttamisen kehittämisen merkityksellisyyttä lisää lakien, kansallisten ohjelmien, suositusten ja hankkeiden yhdenmukainen tavoite ihmisten mahdollisimman pitkään kotona asumisesta.

Porin perusturvan vanhuspalveluiden kotihoito osallistui Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallinnoiman Toimintakykyisenä ikääntyminen – hankkeen ensimmäiseen vaiheeseen, jonka tavoitteena oli tukea ikäihmisten kotona asumista muun muassa kehittämällä rajapintakäytäntöjä siten, että siirtyminen terveydenhuollon yksiköstä toiseen sekä kotiin sujuu turvallisesti ja viivytyksettä (Innokylä 2012a). Turvallinen kotiutuminen edellyttää asiakkaan tarpeenmukaisen palvelukokonaisuuden järjestämistä ja järjestymistä viivytyksettä. Palvelukokonaisuuden onnistumisen edellytyksenä on erikoissairaanhoidon, terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen ja kotihoidon välinen yhteistyö, joka edellyttää yhteistä näkemystä ja toimijoiden välistä vuorovaikusta, sekä kotiuttamiskäytäntöjen kehittämistä. (Korpela 2012, 4.)

2 TURVALLISEN KOTIUTUKSEN TAVOITTEITA

2.1 Ikähoiva-työryhmä 2011

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2009 osana Kaste-ohjelmaa Ikähoiva-työryhmän valmistelemaan ehdotuksia muun muassa ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen linjausten kehittämiseksi. Työryhmän ehdotus oli, että ympärivuorokautisen hoidon rakenteita muutetaan nykyisestä kolmiportaisesta (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskussairaaloiden osastot) järjestelmästä asteittain kohti yksiportaista ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää. Laitoshoidon tilalle ei luoda laitosmaisia ratkaisuja, vaan ikäihmisellä on oikeus kotiin, arkeen ja itsemääräämiseen myös toimintakyvyn ja terveydentilan muuttuessa. (STM 2011a, 3, 15- 17, 32.)

Ympärivuorokautinen hoito voidaan toteuttaa kotona tai kodinomaisessa palveluasumisessa. Toimintakyvyn muuttumisen ei johdakaan asuinpaikan vaihtamiseen, vaan avun ja palvelujen tarpeenmukaiseen saamiseen: palvelut liikkuvat, ei asiakas. Terveyskeskusten vuodeosastoilla sellainen hoito, johon ei ole lääketieteellistä perustetta, korvataan muilla vaihtoehdoilla, jolloin vuodeosastot voivat keskittyä nopeasti tarjolla olevaan akuuttihoitoon ja kuntoutukseen. Tavoitteena on oikea hoito oikeassa paikassa oikeaan aikaan. (STM 2011a, 15- 17, 32, 39-40.)

2.2 Vanhuspalvelulaki

Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) astui voimaan 1.7.2013. Sen tarkoituksena on tukea ikäihmisten hyvinvointia ja itsenäistä selviytymistä, parantaa mahdollisuutta laadukkaisiin palveluihin ja yksilölliseen ohjaukseen ja lisätä osallisuutta (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §1, §19). Palvelujen toteutuksessa tulee korostua kotiin annettavat palvelut ja kuntoutus (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §13). Kunnissa tulee ikäihmisten tukemiseksi tehdä yhteistyötä eri toimialojen, kuten julkisten tahojen, yritysten, järjestöjen ja yhteisöjen kesken (Vanhuspalvelulaki

980/2012, §4). Kuntien odotetaan arvioivan palvelujen laatua ja riittävyyttä keräämällä säännöllisesti palautetta palvelujen käyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja työntekijöiltä (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §6).

Kunnissa tulee olla vanhusneuvosto, jonka olemassaololla varmistetaan ikäihmisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuus (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §11). Kunnan tulee järjestää ikäihmisille hyvinvointia edistävää ohjausta ja palveluja, erityisesti huomioiden riskiasiakkaat (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §12). Pitkäaikainen hoito ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti kotona tai kodinomaisessa asuinpaikassa (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §14). Ikäihmisen palvelutarve selvitetään, laaditaan tarvittaessa palvelusuunnitelma ja nimetään vastuutyöntekijä, jos asiakas tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §15, §16 ja §17).

2.3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto antama Ikäihmisten palvelujen laatusuositus uudistettiin 2013 (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi), koska ikäihmisten palvelujen kehittämiseen vaikuttavat jatkossa muun muassa vanhuspalvelulaki, sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos (Hankerekisteri 2012). Ikääntyvässä Suomessa yksi tärkeimpiä varautumistoimia on mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Laatusuosituksen tarkoitus on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä ja edesauttaa uuden vanhuspalvelulain toimeenpanoa. (STM 2013, 3, 5.) ”Laatusuositus korostaa mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, oikea-aikaisia ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, tarkoituksenmukaista henkilöstön määrää ja osaamista sekä johtamista. Iäkkäiden ihmisten osallisuus on kaikkia suosituksen sisältöalueita yhdistävä kokonaisuus” (STM 2013, 5).

Laatusuosituksen keskeisiä sisältöjä ovat osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen

turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat ja johtaminen. Osa iäkkäistä henkilöistä tarvitsee säännöllistä kotihoidon apua ja tukea selviytyäkseen kotona. Kotihoidon palvelut tulee kohdentaa oikein yhteen sovittamalla kotihoidon henkilöstön käytettävissä olevat resurssit ja asiakkaiden palvelutarve. (STM 2013, 3, 44 - 45.)

2.4 Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020

Kaste-ohjelman kanssa samansuuntaisia kehittämistavoitteita ja näkemyksiä esitetään sosiaali- ja terveystalouden strategiaohjelmassa ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020”. Sen tavoitteita ovat ihmisten yhdenvertaisuus, osallisuus ja terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Strategiaohjelma painottaa, että terveys ja hyvinvointi tulee huomioida kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. (STM 2011b, 4, 6-9.)

Strategia korostaa painopisteen siirtämistä tulevaisuudessa sairauden hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen. Strategialla pyritään terveys- ja hyvinvointierojen vähenemiseen, asiakaskeskeisyyteen ja uusien palvelurakenteiden ja toimintatapojen luomiseen. Strategia tähtää yksilöiden yhtäläiseen sosiaalisen hyvinvoinnin, osallisuuden ja parhaan mahdollisen terveyden oikeuteen. Myös elinympäristön, yhteiskunnan ja sosiaaliturvan toimivuus on otettu huomioon. (STM 2011b, 6-9.)

2.5 Kaste-hanke 2012-2015

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste 2012–2015 sisältää alan uudistustyön tavoitteet, ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Tavoitteena on siirtyminen ongelmien hoidosta koko väestön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ennalta ehkäisemiseen. Keskeisiä periaatteita ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, palvelujen asiakaslähtöisyys ja ihmisten vaikutusmahdollisuuden lisääminen itseään koskevassa päätöksenteossa. (STM 2012, 4, 17-18.) Kaste-ohjelman yksi päätarkoitus on kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään, johon pyritään muun muassa rajapintakäytänteitä kehittämällä. (Korpela 2012, 2). Kaste-ohjelma muodostuu kuudesta osaohjelmasta.

Keskeisiä kotiuttamisen kehittämisen näkökulmasta ovat ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistaminen, sekä tiedon ja tietojärjestelmien ammattilaisten ja asiakkaiden tueksi saattaminen sekä johtaminen. (STM 2012, 4, 17-18.)

Kaste-ohjelman tavoitteena on pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen väheneminen, ja keinoina nähdään kotiin saatavien palvelujen lisääminen ja monipuolistaminen, ikäihmisten palvelujen tarpeen arvioinnin kehittäminen ja palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen. Tavoitteena on myös palvelujärjestelmän eri toimijoiden välisen yhteistyön parantaminen ja ihmisten osallisuuden lisääminen omien palveluidensa suunnittelussa. Hoito- ja palvelusuunnitelmia tulisi hyödyntää enemmän, sekä kehittää omahoidon menetelmiä ja toimintamalleja. Tiedon ja tietojärjestelmien kehittämistyön haasteita ovat asiakkaiden itseään koskevan tiedon ja yleisen sosiaali- ja terveystiedon saatavuus ja hallinta sekä joustava asiointi. Ammattilaisten näkökulmasta haasteita ovat asiakastietojen ajantasainen saatavuus ja yhteiskäytön mahdollisuus, sekä yleisesti tiedon tehokas saatavuus. (STM 2012, 24-28.)

2.6 Porin perusturvan strategia 2016

Perusturva 2016 strategian (2011) toiminta-ajatuksen mukaan perusturvakeskus edistää alueensa asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta oikea-aikaisten lähellä tuotettujen peruspalvelujen avulla. Perustehtävä toteutuu määrätietoisen johtamisen ja osaavan, hyvinvoivan henkilöstön avulla. Toiminta pohjautuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Toimintaa ohjaavat arvot ovat luottamus, kumppanuus, ihmisistä välittäminen ja osaaminen.

Tulevaisuuden visio 2016 on ”Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja asiantuntemuksella, lähellä Sinua”, joka tarkoittaa, että alueen väestö huolehtii itsestään ja yhteisöstään joustavien, oikea-aikaisten ja asiantuntevien peruspalvelujen tuella. Vision mukaan perusturva työnantajana huolehtii henkilöstön ja opiskelijoiden hyvinvoinnista ja urakehityksestä, ja vetää puoleensa huippuosaajia ja asiantuntijoita. Perusturvan menestystekijöitä ovat taloudellisuus, ammatillinen, uudistuva, tuloksellinen ja hyvinvoiva henkilöstö, kattava yhteistyö, hyvinvoinnin, terveyden ja

turvallisuuden edistäminen ja palvelujen laatu ja alueellinen kattavuus. (Perusturva 2016 strategia 2011.)

3 KOHTI TURVALLISTA KOTIUTUSTA

3.1 Kirjallisuuskatsaus kotiuttamisen kehittämisestä Suomessa

Runsaasta aineistosta valitsin kirjallisuuskatsaukseen kuusi erilaista kotiuttamisen kehittämistyötä käsittelevää raporttia. Hammarin (2008) väitöskirjan PALKO-malli esiintyi monissa tutkimuksissa keskeisenä lähteenä. Helsingin, Tampereen ja Oulun sairaalat ja kotihoidot ovat onnistuneesti kehittäneet turvallista kotiuttamista. Potiluutta väitöskirjassaan tutkinut Lämsä (2013) löysi neljä eri kotiuttamisperustetta. Uudenlaista kehittämistä edusti sairaalan ja ammattikorkeakoulun yhteistyö. Valitut raportit toivat kattavasti esiin keskeisiä turvallisen kotiuttamisen tunnuspiirteitä, ongelmia ja ratkaisuja. Porissa kotiuttamista kehitettiin osana Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanketta.

PALKO-malli

Tutkittuaan PALKO-mallin (palvelujen yhteen sovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa) käyttöä kotiuttamisen kehittämisessä Hammar ehdottaa palveluohjausmallia, jossa asiakkaan tilanne selvitetään ja laaditaan asiakkaalle tarpeita vastaava palvelukokonaisuus. Palveluohjaaja toimii asiakkaan ja järjestelmän välissä tuntien asiakkaat ja yhteistyötahot, valvoo suunnitelman onnistumista ja tekee tarvittavat muutokset palvelukokonaisuuteen. Hammarin mukaan kotihoidon asiakkaat kuuluvat uudelleen sairaalaan palaajien riskiryhmään, ja kotiutumisen jälkeiset ensimmäiset vuorokaudet ovat kriittistä aikaa asiakkaiden sairaalaan palaamisen kannalta. Onnistunut kotiutuminen vaatii eri toimijoiden välisiä yhteisiä toimintaperiaatteita, uusia toimintamalleja, viiveetöntä tiedonkulkua ja palveluiden yhteensovittamista asiakkaan muuttuviin tarpeisiin (Hammar 2008, 27-30, 56).

Helsingin kaupungin terveystakeskus

Helsingin kaupungin terveystakeskuksen akuuttisairaalan ja kotihoodon yhteisen kehittämistyön tavoitteena oli yhtenäistää prosesseja, joissa asiakas siirtyy kotihoodon ja sairaalan välillä. Kotiutuksen ongelmia olivat liian aikainen kotiutus, hoitoaikojen lyhenemiset ja hoitajien ajanpuute. Lisäksi hoidon kokonaisuudesta puuttui ennaltaehkäisevää ajattelua ja ongelmiin puuttumista. Työryhmä laati prosessikuvauksen, ohjeistuksen kotihoodon asiakkaan lähettämisestä sairaalaan, sekä hoitajalähetteen. Työryhmässä sovittiin ilmoituskäytännöistä sairaalan ja kotihoodon välillä. Ennen potilaan kotiutumista arvioidaan ja selvitetään potilaan toipilasajan hoidon tarve ja sisältö yhdessä kotihoodon vastuuhoidajan kanssa. Helsingin terveystakeskuksen päivystyspoliklinikoilla työskentelevät kotiutusohitajat, joiden toiminta on vähentänyt päivystyksessä viipyvien potilaiden määrää, lisännyt kotiutuvien potilaiden määrää ja lisännyt tietoa kotihoodon ja kotisairaalan palveluista. (Helsingin kaupunki 2007, 3-10, 14-21, 27).

Tampereen kaupungin Kotio!-hanke

Tampereen kaupunki toteutti kotiutuksen kehittämiseksi Kotio!-hankkeen. Hankkeessa perustetun kotiutustiimin tarkoitus oli täydentää laitoshoidon ja kotihoodon väliin jäävää katvealuetta, kehittää kotiuttamisen käytäntöjä yli organisaatiorajojen ja estää hitaista kotihoitojärjestelyistä johtuva laitushoitajaksojen pidentyminen. Sairaaloita varten luotiin yhden numeron palvelu: puhelut ohjautuivat kotihoitotiimiin, joka puolestaan oli yhteydessä alueen kotihoitoon. Kotiutustiimin mukanaan tuomia uusia toimintoja olivat kotiutuskäynnit potilaan kotiutuessa, kotihoodon yöpartitoiminta ja yhteistyö Tampereen kaupungin teknisen yksikön kanssa nopeissa vähäisissä kodinmuutostöissä. Jos potilaan kunto ei edellytä suoraa kotiutumista, kotiutustiimin sairaanhoitajat voivat tarvittaessa itsenäisesti järjestää kotiutujalle lyhytaikaisen palveluasumisen jakson yksityisellä palveluntuottajalla. Kotiuttamiseen panostamisen avulla hoitajakset ovat lyhentyneet, jatkohoitajonot poistuneet ja pitkäaikaiseen laitushoitoon jääneiden potilaiden määrä on vähentynyt. (Tuli & Selin-Hannola 2009, 2-5,11, 18, 27-29.)

Oulun kaupunginsairaalan ja kotihoidon projekti

Oulun kaupunginsairaalassa ja kotihoidossa toteutettiin Turvallisesti kotiin -projekti, jossa luotiin yhtenäinen kotiutusmalli, joka sisältää toimintaohjeen kotihoidon asiakkaan siirtyessä sairaalan ja sairaalasta kotiin. Lisäksi käynnistettiin kotihoidon ja sairaalan henkilöstöstä valittujen kotiutusvastuuhenkilöiden yhteistyöpalaverit ja luotiin kotiutusfraasit Efficapotilastietojärjestelmään. Kotiutustiimi tukee tarvittaessa sairaalasta tai yhteispäivystyksestä kotiutuvan ikäihmisen kotona selviytymistä. Myös ensihoitoyksikkö voi asiakkaan voinnin salliessa käynnistää kotiutustiimin asiakkuuden, jolloin vältetään turhilta sairaalapäiviltä. Kotiutumissuunnitelmassa määritellään potilaan kotiutumisvalmius, kotiutumisajankohta, tarvittava ohjaus ja tarvittavat apuvälineet, kodinmuutostyöt ja palvelut. Kotiutussuunnitelman tekeminen aloitetaan potilaan tullessa sairaalaan. Käytössä ovat myös koekotiutukset, joiden aikana potilaalla on kotiuduttuaan kolmen vuorokauden ajan mahdollisuus palata osastolle. (Ahlroth & Huotari 2011, 18-19, 32–36, 43, 47,52.)

Espoon sairaala ja Metropolia ammattikorkeakoulu

Metropolia ammattikorkeakoulu ja Espoon sairaala tekivät kotiuttamisen palveluprosessin parantamiseen tähtävää kumppanuuskehittämistyötä yhteisessä hankkeessa, jossa kehitettiin sairaalan ja kotihoidon välistä yhteistyötä, luotiin parityöskentelymalli, luotiin ”kuntoutumisen polku” –palveluohjausmalli ja otettiin käyttöön huoliseulamenetelmä. (Reijonen ym. 2012, 8, 45.)

Väitöskirja potiluudesta

Potiluutta tutkinut Lämsä tarkasteli väitöskirjassaan muun muassa potilaiden kotiuttamista, jota vaikeuttavat sairaaloiden lyhentyneet hoitoajat ja yhä huonompikuntoinen potilasaines. Lämsän mukaan kotiuttamispäätökseen vaikuttaa neljä perustetta: potilaan elämäntilanne ja potilaan toimintakyky, lääketieteellinen peruste ja hallinnollinen peruste. Näistä jokaiseen sisältyy sopiva kotiuttamishetki, jota voidaan tarkastella joko potilaskohtaisesti tai osaston toiminnan näkökulmasta. Kotiuttamisen kehittämiseksi Lämsä ehdottaa luotavaksi yhtenäiset

kotiuttamiskriteerit, jotka huomioivat potilaan kokonaisvaltaisesti ja ehkäisevät potilaan sairaalaan palaamista. (Lämsä 2013, 22, 105-112, 117, 124.)

Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanke Länsi-Suomessa

Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanke (Innokylä 2012b) ja sen lokakuuhun 2013 jatkunut juurruttamishanke (Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa – juurruttamishanke 2012 – 2013) ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallinnoimia ikäihmisten kotona asumista tukevia hankkeita. Hanke käynnistettiin Ikäihmisten palvelujen uudistetun laatusuosituksen (2008) tavoitteiden toteuttamiseksi Länsi-Suomen Kaste-alueella (Varsinais-Suomi ja Satakunta). Yksi osa hanketta on potilaan turvallisen viivytyksettömän kotiutuksen kehittäminen. Perusturvassa turvallisen kotiutuksen kehittämiseksi toteutettiin muun muassa kotiutuskoordinaattori- ja arviointihoitajakokeilut, joiden myötä esille nousi kotiutuksen kehittämistarpeita (Korpela 2012, 8-12). Vuoden 2013 alusta alkaen kotihoidossa on toteutettu vastuuhoidajamallia. Myös muissa hankkeeseen osallistuneissa kunnissa kotiuttamisen kehittämistyö on ollut aktiivista. Yhdestätoista osahankkeesta juurruttamishankkeessa jatkaa kuusi (Toimintakykyisenä ikääntyminen -juurruttamishanke 2012 – 2013, 18). Porin perusturvan osalta hanke on päättynyt.

Yhteenveto

Yhteenvetona valitsemistani raporteista ja tutkimuksista tuli esille, että kotiutuksessa koettuja ongelmia olivat esimerkiksi tiedonkulun ongelmat, uusien toimintamallien käyttöönoton hitaus, kotihoidon resurssipula ja kotiutuspaine lyhentyneiden sairaalan hoitoaikojen vuoksi. Ongelmien ratkaisuksi on muun muassa kehitetty toimijoiden välistä yhteistyötä, laadittu kotiutusohjeita, sekä otettu käyttöön palveluohjausmalli, kotiutushoitaja-, kotiutuskoordinaattori- ja kotiutustiimitoiminta. Turvallisen kotiuttamisen tunnuspiirteitä ovat muun muassa rajapinnat ylittävä toimiva yhteistyö, varhainen kotiutuksen suunnittelu ja oikea-aikainen kotiutus tarpeenmukaisine palveluineen (Taulukko 1).

3.2 Turvallisen kotiutuksen tunnuspiirteitä

Turvallisen kotiutuksen edellytys on kaikkien toimijoiden välinen sujuva yhteistyö, jonka aineksia ovat riittävä ja oikea-aikainen tiedonkulku, yhteiset toimintaperiaatteet, yhtenäiset kotiutuskriteerit, moniammatillinen työskentely, tiimityöskentely, selkeä vastuunjako ja työntekijöiden konsultointimahdollisuus. Sujuvan yhteistyön tarkoituksena on potilaan turvallinen, hyvin suunniteltu ja ennakoitu kotiutuminen. Yhteistyön haasteellisuutta lisää eri organisaatioiden rajapinnat ylittävä työskentely. Asiakkaan näkökulmasta sujuva yhteistyö tarkoittaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin vastaamista ja johdonmukaisen palveluprosessin turvaamista. Monet kotiuttamisen kehittämishankkeet ovat tähdänneet yhtenäisten kotiutuskriteerien luomiseen, minkä etuna on potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Yhtenäisillä kotiutuskriteereillä tavoitellaan potilaiden sairaalaan palaamisen vähenemistä. Moniammatillinen kotiutuksen ja palvelujen suunnittelu heti potilaan tultua sairaalaan edistää turvallisen kotiutumisen onnistumista. Selkeän vastuunjaon tärkeys kotiuttamistyössä ilmenee hankkeissa lähinnä sen puuttumisena. Turvallista kotiutumista edistää kotihoidon työntekijän mahdollisuus konsultointiin asiakkaan muuttuneessa tilanteessa. (Ahlroth & Huotari 2011, 32-39; Hammar 2008, 27-30, 55-58; Helsingin kaupunki 2007, 4-7, 22-26; Innokylä 2012b; Korpela 2012, 8-10; Lehtonen 2012, 3-4; Lämsä 2013, 109-110, 124; Perälä & Hammar 2003, 11-12; Puotila & Ruusunen 2012, 10-11; Reijonen ym. 2012, 47-50, 73-77; Toimintakykyisenä ikääntyminen -juurruttamishanke 2012 – 2013, 4, 8-9; Tuli & Selin-Hannola 2009, 3.)

Kotiutusten varhainen suunnittelu

Suomessa pyritään laitoshoitopaikkojen käytön vähentämiseen. Se edellyttää lisääntyvää sairaaloiden läpivirtausta, jatkohoitoaikojen lyhentymistä ja kotiutusten lisääntymistä. Sairaalakäynnin aikana turvallista kotiutumista edistetään muun muassa tavoitteellisella kuntoutuksella ja asiakaskohtaisella kotiutussuunnitelmalla, joka pohjautuu tietoon aiemmasta kotona selviytymisestä, ja joka sisältää yksilölliset palvelutarpeet. Ennen kotiuttamista varmistetaan potilaan kotikuntoisuus, huomioidaan hänen turvaverkostonsa ja kuullaan potilaalta itseltään kotiutuksen onnistumista heikentävät ja vahvistavat asiat. Todennäköisimmin potilaan turvallinen

kotiutus onnistuu, kun sen suunnittelu aloitetaan moniammatillisesti heti potilaan saapuessa osastolle, ja kotiutusprosessi jatkuu koko sairaalajakson ajan. Valmistelua vaativat muun muassa kotihoidon järjestelyt, sosiaalityöt, kodinmuutostyöt ja apuvälineasiat. Omaisten osallistuminen ja sitoutuminen potilaan kuntoutus- ja kotiutusprosessiin on ensiarvoisen tärkeää. Hyvä potilasohjaus ja potilasohjeet ovat osa onnistunutta kotiutusta. Suunnittelussa apuna voidaan käyttää esimerkiksi kotiutuksen tarkistuslistaa. Kolmannen sektorin tarjoamia ystäväpalvelua, asioimisapua ja ryhmätoimintaa tulisi hyödyntää enemmän, koska yksinäisyys ja turvattomuus ovat suurimpia syitä kotiutumisen epäonnistumiseen. (Ahlroth & Huotari 2011, 32-37, 43; Hammar 2008, 27; Helsingin kaupunki 2007, 19-21; Lämsä 2013, 109-110; Puotila & Ruusunen 2012, 4-6; Rauhasalo 2003, 35-36; Reijonen ym. 2012, 45, 47-50, 54; Tarhasaari 2012, 10, 15.)

Kotiutusten oikea-aikaisuus

Turvallista kotiutusta edistää kotiutuksen oikea-aikaisuus. Liian aikainen kotiutus johtaa usein sairaalaan palaamiseen, kun taas viivästynyt kotiutus aiheuttaa potilaille toimintakyvyn alenemista, epätietoisuutta ja stressiä. Ennen kotiutumista voidaan tarvittaessa pitää hoitoneuvottelu, sekä tehdä moniammatillinen kotikäynti, jossa arvioidaan potilaan kotona selviytymistä ja apuvälineiden tarvetta. Kotikäynnillä voi potilaan lisäksi olla mukana esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, omaisia ja kotihoidon edustaja. Moniammatillisissa kuntoutuskokouksissa kartoitetaan potilaan toimintakykyä ja suunnitellaan jatkohoitoa. Joskus potilas voi siirtyä ennen lopullista kotiutumista väliaikaiseen hoitopaikkaan tai lyhytaikaishoitoon kuntoutumaan. (Ahlroth & Huotari 2011, 32, 33; Lämsä 2013, 106-110; Perälä & Hammar 2003, 11-12; Helsingin kaupunki 2007, 4, 19-21; Reijonen ym. 2012, 45, 55, 75; Tuli & Selin-Hannola 2009, 2, 4-5, 11.) (Taulukko 1.)

Kotiutushoitajat ja kotiutustiimit

Useissa hankkeissa tavoitteena oli luoda tai kehittää kotiutuskoordinaattori-, kotiutushoitaja-, kotiutusvastuuhoitaja-, kotiutusjärjestelijä- tai palveluohjaajatoimintaa. Eri nimikkeistä huolimatta työntekijöiden työ on

samanlaista: potilaan selviytymisen arviointia, palvelutarpeen arviointia, kotiutusten ja palvelujen koordinointia, palveluohjausta, konsultointia ja yhteistyötä eri tahojen kanssa potilaan kotiutumisen onnistumiseksi. Kotiutustiimien tarkoituksena on täydentää laitoshoidon ja kotihoidon väliin jäävää katvealuetta, estää hitaista kotihoitojärjestelyistä johtuvia laitoshoidojaksojen pidentymisiä ja tukea sairaalasta kotiutuvan ikäihmisen kotona selviytymistä kotihoitoa intensiivisemmin. Tärkein onnistuneen turvallisen kotiuttamisen tunnuspiirre on se, että potilas ei palaa sairaalaan. Kotihoidon asiakkaat kuuluvat uudelleen sairaalaan palaajien riskiryhmään, ja kotiutumisen jälkeiset ensimmäiset vuorokaudet ja jopa viikot ovatkin kriittistä aikaa asiakkaiden sairaalaan palaamisen kannalta. (Ahlroth & Huotari 2011, 17-19; Hammar 2008, 27, 29-30; Helsingin kaupunki 2007, 4, 27; Innokylä 2012b; Lehtonen 2012, 6-9; Puotila & Ruusunen 2012, 10-11; Tarhasaari 2012, 6-8, 14; Toimintakykyisenä ikääntyminen-juurruttamishanke 2012 – 2013, 4Tuli & Selin-Hannola 2009, 2, 4-5, 11.) (Taulukko 1.)

Palvelutarpeen arviointi

Kotiutuessaan kotihoidon asiakkaan tulee saada viivytystä yksilöllisten tarpeidensa mukaista hoitoa, palvelua ja kuntoutusta. Asiakkaan onnistunut kotiutuminen edellyttää palvelujen yhteensovittamista. Yhteensovittamisella tarkoitetaan yksittäiselle asiakkaalle tarpeenmukaisesti kotiutumiseen ja kotihoitoon räätälöityä palvelukokonaisuutta, jossa palvelut liittyvät joustavasti ja saumattomasti toisiinsa. Yhteensovittamisen periaatteita ovat asiakkaan hoitokokonaisuuksien hahmottaminen, asiakkaan oman osuuden tunnistaminen ja yhteiset tavoitteet ja visiot asiakkaan hoidosta ja palveluista eri toimijoiden kesken. Toipilasaikana asiakkaan avuntarvetta arvioidaan ja voimien kohentuessa käynnit sovitetaan tarpeenmukaisiksi, kunnes palvelujen tarve vakiintuu. Sairaalassa aloitetun hoidon ja kuntoutuksen tulee jatkua kotiutumisen jälkeenkin. (Ahlroth & Huotari 2011, 32-33, 52; Hammar 2008, 27, 29-30, 55-56; Helsingin kaupunki 2007, 4, 6-7; Tuli & Selin-Hannola 2009, 2-5, 11.)

Omaisten tukeminen

Palvelurakenneuudistuksen yhtenä tavoitteena on lisätä asiakkaiden ja omaisten osallistamista ja vastuun ottamista itsestään ja läheisistään (Perusturva 2016 strategia, 2011; Toimintakykyisenä ikääntyminen -juurruttamishanke 2012 – 2013, 12). Turvallisessa kotiutumisessa omaiset osallistuvat ja sitoutuvat potilaan kuntoutus- ja kotiutusprosessiin, ja heidän kanssaan pohditaan alustavasti kotiutusaikataulua ja kotiin annettavien palvelujen tarvetta jo heti potilaan jouduttua sairaalaan. Omaiset muun muassa osallistuvat sairaalasta tehtävään kotikäyntiin ja hoitoneuvotteluun, ja keskustelevat kotiutushoitajan kanssa. Asiakas ja omaiset saavat riittävästi ja monipuolisesti tietoa, ja heitä informoidaan muutoksista. Ammattitaitoisen henkilöstön antama tuki ja ohjaus vähentävät omaisten stressiä, ja se auttaa heitä selviytymään. (Ahlroth & Huotari 2011, 33; Hammar 2008, 57-58; Helsingin kaupunki 2007, 5-7, 19-21, 27; Lukka & Sippola 2011, 11, 14; Lämsä 2013, 106-107; Reijonen ym. 2012, 54; Tuli & Selin-Hannola 2009, 34.) (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Turvallisen kotiutuksen tunnuspiirteitä.

TOIMIJOIDEN SUJUVA YHTEISTYÖ	<ul style="list-style-type: none"> • riittävä ja oikea-aikainen tiedonkulku • yhteiset toimintaperiaatteet • yhtenäiset kotiutuskriteerit • moniammatillisuus, tiimityöskentely • selkeä vastuunjako • konsultointimahdollisuus • kotiutuskoordinaattori, kotiutustiimi
VARHAINEN KOTIUTUKSEN SUUNNITTELU	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt laitoshoidojakso • Oikea-aikainen kotiutus • Palvelujen ennakkoiva valmistelu • Kotikäynnit, hoitoneuvottelut • Potilasohjaus • Tarkistuslistat
TOIPILASAJAN PALVELUT JA OMAISTEN TUKI	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas ei palaa sairaalaan • Tarpeenmukainen palvelukokonaisuus viivytyksettä • Hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus • Omaiset • Ammattilaisten tuki • Ammattitaitoinen henkilöstö

3.3 Kotiuttamisen hyvä käytäntö

Palvelujärjestelmien kehittämisen tavoitteena on painopisteen siirtyminen laitoshoidosta avohoitoon. Erikoissairaanhoito vastaa akuuttivaiheen hoidosta, ja mahdollinen jatkohoito ja kuntoutus tapahtuvat terveyskeskusten vuodeosastoilla. Nykytrendin mukaisesta laitospaikkojen vähentämisestä ja sairaaloiden toiminnan tehostamisesta johtuen potilaita kotiutetaan enemmän, varhemmin ja heikompikuntoisina, jolloin kuntoutus ja jälkihoito jäävät aiempaa enemmän omaisten ja kotihoidon vastuulle. Hyvin suunniteltu kotiutus lyhentää sairaalahoitoa, tukee kotona selviytymistä, vähentää sairaalaan paluuta (pyöröovi-ilmiö) ja lisää turvallisuuden tunnetta ja potilastyytyväisyyttä. Palvelukokonaisuuden onnistumisen edellytyksenä on erikoissairaanhoidon, terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen ja kotihoidon välinen yhteistyö, joka edellyttää yhteistä näkemystä ja toimijoiden

välistä vuorovaikusta, sekä kotiuttamiskäytäntöjen kehittämistä. Vaikka kotiuttamisen kehittämisen tarve on tiedostettu ja kehittämistyötä on jo tehty, kotiutuksen sujuvuutta ja turvallisuutta voidaan edelleen parantaa. (Alsela 2011, 52; Korpela 2012, 2, 4, 8, 63; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010, 4-5.)

Hyvä käytäntö

Sosiaali- ja terveysalalla hyvä käytäntö tarkoittaa eettisesti hyväksyttävää, omassa toimintaympäristössään toimivaa ja asiakkaalle hyvää tuottavaa käytäntöä. Käytännön perustana on mahdollisimman monipuolinen tieto sen vaikuttavuudesta ja toimivuudesta. Käytännön kuvauksesta lukija pystyy arvioimaan, millaiseen tietoon sen toimivuus perustuu. Käytäntö on tiivistetty selkeästi ja yksityiskohtaisesti, mutta on yleistettävyytensä vuoksi otettavissa käyttöön eri ympäristöissä. Kotiuttamisen hyvä käytäntö tarkoittaa moniammatillisen kotihoitotiimin ja yhteistyökumppaneiden kesken sovittua toimintaprosessia, jossa asiakas siirtyy kotoaan sairaalaan ja sairaalasta kotiin. Hyvän käytännön tarkoituksena on olla palveluja yhteen sovittava sekä reaaliaikaista tiedonkulkua turvaava toimintamalli. Asiakas itse on prosessin keskeisin henkilö. Asiakkaan mukana siirtyvät oleelliset reaaliaikaiset tiedot hoitotiedotteen ja lääkelistan muodossa asiakasta hoitavalle yhteistyötaholle. (Hyvä kotiuttaminen 2012; Hyvä käytäntö 2012.)

Hyvä kotiuttaminen

Kotiuttamisen hyvä käytäntö korostaa, että moniammatillisella kotihoitotiimillä ja yhteistyökumppaneilla tulee olla tiedossaan yhteisesti sovittu toimintaprosessi asiakkaan siirtymisestä kodin ja sairaalan välillä. Toimintaprosessin avulla varmistetaan reaaliaikainen tiedonkulku sekä asiakkaalle räätälöidyt palvelut. Asiakas itse on prosessin keskeisin henkilö. (Hyvä kotiuttaminen 2012). Hyvä kotiuttaminen on yksi niistä lukuisista hyvistä käytännöistä, joita koottiin potilasturvallisuuden edistämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman (2011-2015) puitteissa. Ohjelman tavoitteena oli tukea potilasturvallisuuden käytännön työtä kentällä. Se tähtäsi virheistä oppimiseen, avoimeen toimintakulttuuriin, johdon ja esimiesten panostukseen, kaikkien ammattiryhmien osallistumiseen ja osaamiseen ja

potilaiden täysvaltaiseen osallistumiseen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Hyvä käytäntö –sivusto on osa Innokylää, joka on terveys- ja hyvinvointialan kehittämistoimintaan tarkoitettu avoin ja vuorovaikutuksellinen Internet-innovaatioympäristö. (Innokylä 2012a.)

Asiakkaan sairaalahoidon tarpeen arviointiin voivat osallistua potilas itse, kotihoidon henkilöstö, omainen ja ambulanssin henkilöstö. Asiakkaan lähiomainen on mukana prosessissa asiakkaan luvalla. Omaisten puuttuessa tai asuessa etäällä asiakkaan asioita hoitaa useimmiten kotihoito. Asiakkaan sairaalaan lähettänyt työntekijä ilmoittaa omaiselle ja yhteistyökumppaneille asiakkaan sairaalaan lähtemisestä, sekä huolehtii asiakkaan tukipalvelujen peruuttamisesta. Kodin käytännön asioista huolehtivat kotihoito tai omaiset. Jos asiakas on kykenevä päättämään asioistaan ja kieltäytyy sairaalaan lähtemisestä, se kirjataan ja vahvistetaan asiakkaan allekirjoituksella. (Hyvä kotiuttaminen 2012.)

Kotiutumisajankohdasta tulee sopia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Yhteistyötä varten asiakkaasta, omaisista ja hänen kotihoitotiimistään tulee olla saatavilla ajantasaiset yhteystiedot. Potilaan kotiutuessa erityisen tärkeää on huolehtia lääkehoidon jatkumisesta niin, että potilas saa sairaalasta mukaan lääkkeet siihen asti, kunnes apteekissa käynti järjestyy. Kotiutuessaan potilas saa mukaansa hoitotyön yhteenvedon, lääkelistan ja kotiutuskortin. Jos potilas kotiutuu ilman omaisen tukea kotihoidon palvelujen piiriin, kotiutus tulee tapahtua virka-aikana. Sosiaalityöntekijä selvittää potilaan tarvitsemat palvelut, sekä hoitaa yhteydenpidon vanhustyönjohtajaan tai vastaavaan. Epäselvissä tilanteissa avuntarve selvitetään hoitoneuvottelussa. Kotihoidon asiakkaalla tulee olla hoito- ja palvelusuunnitelma. (Hyvä kotiuttaminen 2012.)

Kotiuttamisen hyvän käytännön tieto kerättiin Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä (Holappa & Nissinen 2007). Erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten ja kotihoidon yhteistyölle tavoitteiksi asetettiin esteetön ja viiveetön tiedonkulku, ajantasainen tieto ja hoidon jatkuvuus sekä kotihoidon työhallinnan tehostuminen. Tutkimuksessa todettiin, että hoitotiedotteen ja ajantasaisen lääkelistan saaminen asiakkaille vaatii työyhteisössä yhteistä aikaa, ponnisteluja ja sitoutumista. Toimintamalli juurrutettiin alueen

käytännöksi työstämällä sitä yhdessä kuntien hoitohenkilöstön kanssa, ja siitä pidettiin koulutustilaisuuksia. Toimintamallia levitetään hyvän käytännön kuvauksen avulla. Kotihoito oli saanut hyvää palautetta jatkohoitopaikoista reaaliaikaisesta tiedon siirtämisestä. Ennakoiva kotiuttaminen helpotti kotihoidon työjärjestelyjä, mutta vaati myös lisäresursseja toimiakseen joustavasti. Hyvää käytäntöä on arvioitu ammattilais-, asiakas- ja tutkijatiedon pohjalta. (Hyvä kotiuttaminen 2012.)

4 KOTIUTUS PORIN PERUSTURVAN KOTIHOIDOSSA

4.1 Porin perusturvan yhteistoiminta-alue ja vanhuspalveluiden kotihoito

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Pori, Merikarvia, Pomarkku, Noormarkku, Luvia ja Ulvila, ja sitä hallinnoidaan isäntäkuntamallilla, jossa vastuukuntana on Pori. Yhteistoiminta-alue jakautuu viiteen lähipalvelualueeseen. Toiminta on jaettu sosiaali- ja perhepalveluihin, terveys- ja hyvinvointipalveluihin, kuntoutus- ja sairaalapalveluihin, vanhuspalveluihin ja sisäisiin palveluihin ja hallintoon. Palvelujen järjestämisestä vastaa Porin kaupungin perusturvalautakunta. Porin perusturvakeskus järjestää sosiaali- ja terveystalvet yhteistoiminta-alueella, johon kuuluvat Pori, Merikarvia ja Ulvila. Perusturvakeskuksen toiminnan painopiste on ennaltaehkäisevässä työssä, joka pohjautuu alueelliseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Perusturvakeskuksen tärkeimpänä tehtävänä on edistää alueensa asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta oikea-aikaisten ja asiakasta lähellä olevien peruspalvelujen avulla. (Porin kaupungin www-sivut 2013.)

Porin perusturvan vanhuspalvelut koostuvat kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaishoidon vastuualueista. Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalveluja ja kotisairaanhoidtoa sekä muita kotona selviytymisen tueksi tarjottavia tukipalveluja. Palveluita johtaa vanhuspalveluiden johtaja, ja palveluiden toteutumisesta lähipalvelualueilla vastaa vanhuspalveluiden päällikkö. Porin perusturvan kotihoito on jaettu neljään alueeseen: Luoteiseen ja Pohjois-Porin lähipalvelualueeseen, Keski-Porin lähipalvelualueeseen, Itä-Porin ja Ulvilan lähipalvelualueeseen ja Länsi-Porin lähipalvelualueeseen. (Porin kaupungin www-sivut 2014.) Lähipalvelualueet

jakautuvat alueisiin, joiden toiminnasta vastaavat vanhuspalveluiden esimiehet. Jokaisella alueella toimii yksi tai kaksi tiimiä. Jokaisessa tiimissä on 4 – 24 työntekijää, joista melkein jokaisessa on 1-5 terveyden- ja sairaanhoitajaa. Työntekijöitä Porin perusturvan kotihoidossa on tällä hetkellä (lokakuu 2013) runsas kolmesataa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Porin perusturvan kotihoidon lähipalvelualueet ja työntekijöiden määrä.

Lähipalvelualue	Alueet	Tiimi	Työntekijöitä
Luoteisen ja Pohjois-Porin lähipalvelualueet Päällikkö	Noormarkun ja Ahlaisten lähipalvelupiste	Kotihoidon sairaanhoito Noormarkku ja Ahlainen Kotihoito Noormarkun tiimi Kotihoito Ahlaisten tiimi	21, joista 2 Sh ja 3 Th 4
	Merikarvian lähipalvelupiste	Tiimi 1 Tiimi 2	15, joista 2 Sh
	Alue Esimies		
	Pohjois-Pori	Porkan tiimi	17, joista 1 Th
Keski-Porin lähipalvelualue Päällikkö	Alue Esimies	Pohjoispuiston tiimi Länsipuiston tiimi	12, joista 1 Sh 19, joista 2 Sh ja 1 Th
	Alue Esimies	Kiertokadun tiimi Viikkarin tiimi	11, joista 2 Th 16, joista 2 Th
	Alue Esimies	400-vuotiskodin tiimi Kuukkarin tiimi	14 12, joista 2 Sh
Itä-Porin ja Ulvilan lähipalvelualueet Päällikkö	Itä-Porin lähipalvelualue	Itä-Porin autotiimi Uudenkoiviston tiimi	15, joista 1 Sh ja 1 Th 14, joista 1 Th
	Alue Esimies		
	Alue Esimies	Sampolantähden tiimi Sampolan – Koivulan tiimi	16, joista 1 Sh 16, joista 1 Sh
	Ulvila		
	Alue 1: Friitala	Ulvilan tiimi 1	10, joista 1 Sh
	Alue 2: SOTE-keskus	Ulvilan tiimi 2	9, joista 1 Sh
	Alue 3: Kaupungintalo	Ulvilan tiimi 3	14, joista 1 Sh
	Alue 3: Esimies		
	Alue 4: Kullaa	Ulvilan tiimi 4	11, joista 1 Sh
	Alue 4: Esimies		
Länsi-Porin lähipalvelualue Päällikkö	Länsi-Porin lähipalvelut		
	Alue Esimies	Länsi – Porin tiimi Vähärauman tiimi	12, joista 1 Sh 15, joista 1 Sh
	Alue Esimies	Pihlavan tiimi	24, joista 1 Sh ja 1 Th

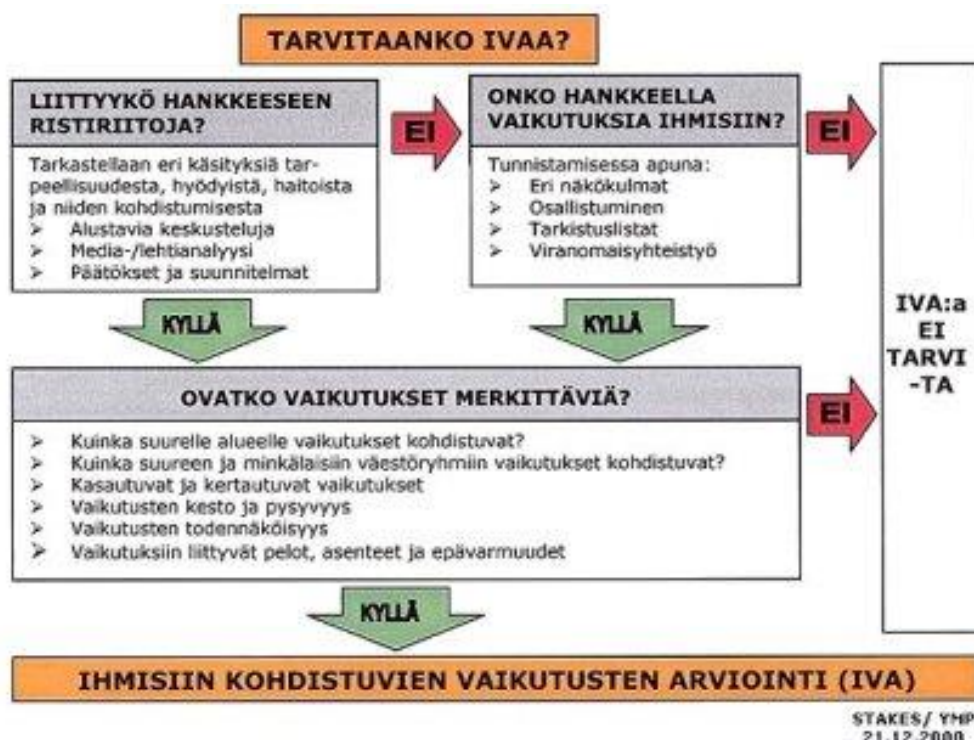
Kotihoidon palveluilla autetaan ihmisiä arjessa selviytymisessä. Palvelut tulevat kyseeseen tilanteissa, joissa kotona selviytyminen on vaikeutunut vanhuuden, sairauden, perhetilanteen, vammaisuuden tai muun syyn vuoksi. Palvelumuotona on päivittäisissä toimissa pärjäämisen tukeminen, kuten avustaminen ruokailussa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa, kuntoutumisessa, liikkumisessa, asiointissa ja

ulkoilussa. Kotihoidon tukipalveluja ovat mm. ateria- ja pyykkipalvelut. Kotihoito huolehtii myös itsehoidon ohjauksesta, lääkehuollosta ja sairaanhoidosta. Kotihoidon lääketieteellisestä hoidosta vastaan asiakkaan omalääkäri. (Porin kaupungin www-sivut 2012.)

Yhteispäivystyksen kanssa yhteisessä SAS –ohjelmakokeilussa esiin nousi kotiutuksen ongelmatilanteita varsinkin kotihoidon näkökulmasta. Ongelmallisiksi koettiin viikonloput, jolloin asiakkaita ei voitu kotiuttaa henkilöstöresurssien riittämättömyyden vuoksi. Asiakas joutui jäämään sairaalahoitoon ilman varsinaista sairaalahoidon tarvetta. Myös asiakkaan kasvanut lisäävun tarve sairaalajakson jälkeen koettiin kotihoidossa haastavaksi. Tiedonvälityksessä havaittiin teknisiä puutteita. Esimerkiksi pilottiryhmän kotihoidossa oli vain yksi puhelin tiimiä kohden, eikä heillä ollut mahdollisuutta Internetin käyttöön asiakkaan kotona. Porin yhteistoiminta-alueella kotihoidon epäselvä aluejako vaikeutti oikean kotihoitotiimin tavoittamista, joka puolestaan hidasti potilaan kotiuttamista. Myös kotiutuksen vastuukysymyksistä ja kotihoidon palveluohjaajan roolista kotiutuksessa oli epäselvyyttä sairaalan ja kotihoidon välillä. (Korpela 2012, 17; Nyholm 2012, 7-8.)

4.2 Kotiuttamisen kehittämisen vaikutusten ennakkoarviointi

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on prosessi, jonka avulla arvioidaan ennalta päätösten vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Ennakkoarviointi tuottaa tietoa suunnittelua ja päätöksentekoa varten. Jos todetaan, että päätöksellä on merkittäviä vaikutuksia ihmisiin, tai päätökseen liittyy ristiriitoja, arviointi on tarpeellinen. Arvioinnin tarpeellisuutta voidaan selvittää sitä varten kehitetyn mallin avulla (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Malli IVA:n tarpeellisuuden selvittämisestä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013a).

Perehdyttyäni Porin perusturvan kotihoidossa tehtyyn kotiuttamisen kehittämistyöhön ja vertailun vuoksi Helsingissä, Tampereella ja Oulussa tehtyyn kehittämistyöhön voin yllä olevaa taulukkoa hyödyntäen todeta, että kotiuttamisen kehittämiseksi on olemassa hyviä käytäntöjä, joita Porin perusturvassa voidaan hyödyntää. Näkemykset kehittämisen keinoista ovat aiemmissa hankkeissa olleet osin eriäviä. Kotiuttamiskäytäntöjen kehittäminen vähentää palvelujen jatkumisen viivettä, parantaa kotiutusten oikea-aikaisuutta ja lisää kotiutujien ja heidän omaistensa kokemaa turvallisuudentunnetta. Vastuunjako selkiytyy ja konsultaatiokäytännöt mahdollistuvat. Yhteistyö sairaalan ja kotihoidon välillä lisääntyy ja tiedonkulku paranee. Kotiuttamisen kehittämisen arviointia puoltavat muun muassa toiminnan muodostuminen paremmin tarpeita vastaavaksi, asioiden kokonaisvaltainen tarkastelu ja laaja-alaisemman näkökulman tarjoaminen päätettävästä asiasta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013a). (Taulukko 3.)

Yhteistyön kehittäminen

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin perusteella turvallisen kotiuttamisen kehittäminen Porin perusturvassa on ajankohtaista. Tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi nousee sairaalan ja kotihoidon välinen yhteistyö, jonka keskiössä on palveluja tarvitseva yksilö eli asiakas/potilas. Yhteistyötä voidaan edistää tutustumalla toisiinsa ja toistensa toimintatapoihin. Vuodeosastoilla ongelmaksi on koettu muun muassa kotihoidon oikean lähipalvelualueen löytymisen ja potilaan vastuunhoitajan tavoittaminen. Aktiivista yhteydenpitoa asiakkaan/potilaan asioissa voidaan lisätä, koska toisinaan potilaan kotona pärjäämisen ongelmat ovat tulleet esiin vasta kotiutushetkellä. Yhteistyöllä tarkoitetaan muun muassa tiedonkulkua, yhteisiä toimintaperiaatteita ja yhtenäisiä kriteereitä, moniammatillista tiimityöskentelyä ja vastuunjakokysymyksiä. Työskentelyn keskiössä on aina asiakkaan paras, tässä tapauksessa potilaan turvallinen, hyvin suunniteltu ja ennakoitu kotiutuminen. Haastavaksi yhteistyön kehittämisen tekee se, että se koskee kahta eri organisaatiota.

Palvelujen järjestäminen

Kotihoidon asiakkaan tarpeenmukaiset palvelut tulee järjestää tehokkaasti ja kustannustehokkaasti. Palvelujen viiveetön jatkuminen on turvallisen kotiutumisen edellytys. Tarvittavien palvelujen järjestäminen ja toteutuminen eivät saa viivästyttää kotiutumista. Kotiutuja tarvitsee usein laitoshoidojakson jälkeen ainakin väliaikaisesti aiempaa enemmän palveluja. Tarvittavat palvelut hankitaan laitoshoidojakson aikana moniammatillisesti, ja vastuunjaon selkeyttämiseksi esimerkiksi kotiutushoitaja voisi toimia palvelujen koordinoijana. Kotihoidon palvelujen joustavuus, esimerkiksi ympärivuorokautinen toiminta, päivystys ja puhelinneuvonta, parantaisi ikäihmisten kotona pärjäämistä.

Yhtenäiset kotiutuskriteerit ja toimintatavat

Tärkeintä kotiuttamisen kehittämistyössä ovat asiakkaaseen kohdistuvat vaikutukset. Yhtenäisillä kotiutuskriteereillä ja toimintatavoilla edistetään sitä, että laitoshoidojakso jää mahdollisimman lyhyeksi. Työntekijöiden, potilaan ja omaisten

näkemykset kotiutumisen ajankohdasta ovat usein erilaiset, ja kotiutumisesta sopiminen vaikeutuu. Sairaalan vuodeosastoilla tulisi olla yhtenäiset kotiutuskriteerit, joiden toteutumista voidaan pohtia moniammatillisesti viikoittaisissa tiimipalavereissa. Palaverissa arvioidaan jokaisen potilaan kuntoutus- ja kotiutustavoite ja palvelujen tarve. Tarvittaessa järjestetään moniammatillinen hoitokokous, johon osallistuvat potilas, omaiset, vuodeosaston moniammatillinen työryhmä, kotihoidon työntekijät ja tarpeen mukaan muut tahot. Kotiuttamisen kehittämisen vaikutukset lomittuvat toisiinsa niin, että yhden osa-alueen toiminnan parantaminen johtaa myös muiden osa-alueiden toiminnan kehittymiseen.

Taulukko 3. Kotiuttamisen kehittämisen vaihtoehtojen vertailu.

Kohderyhmä	Vaikutukset	Vaihtoehto 0: Kotiuttaminen entiseen tapaan	Vaihtoehto 1: Turvallinen kotiuttaminen
Kotihoidon asiakkaat	Laitoshoitojakson pituus	Oikea-aikainen kotiutus Pitkittynyt laitoshoitojakso tai liian varhainen kotiutus Asiakas ehkä palaa sairaalaan	Lyhyt laitoshoitojakso Oikea-aikainen kotiutus Asiakas ei palaa sairaalaan
	Palvelukokonaisuus	Tarpeenmukaiset palvelut Palvelujen saaminen viiveellä, mikä voi viivästyttää kotiuttamista Palveluja järjestävät eri tahot	Tarpeenmukainen palvelukokonaisuus viivytyksettä Kotiutuskoordinaattori järjestää tarpeenmukaiset palvelut
	Hoito ja kuntoutus	Hoito ja kuntoutus jatkuvat kotona Hoito- ja kuntoutusohjeet eivät siirry kotihoitoon, tai ne siirtyvät viiveellä	Hoidon ja kuntoutuksen viiveetön jatkuvuus
Omaiset	Vastuu	Kotihoito järjestää tarvittavat palvelut Omaiset vastaavat kotiutujan lisääntyneeseen avuntarpeeseen	Tarvetta vastaava palvelukokonaisuus viivytyksettä
	Turvallisuudentunne	Omaiset kantavat huolta kotiutujasta	Ammattilaisten tuki omaisille
Kotihoidon työntekijät	Työtehtävien järjestely	Asiakkaalle järjestetty tarpeenmukaiset palvelut Asiakkaalle ei aina kyetä tarjoamaan tarpeenmukaisia palveluja	Palvelujen tarjoaminen kaikkina viikonpäivinä ja vuorokauden aikoina viiveettä
	Ammattitaito	Koulutuksiin osallistuminen Työnkierto vapaaehtoista	Aktiivinen koulutuksiin osallistuminen Työnkierto
Vuodeosastojen työntekijät eli kotiuttajataho	Työskentelytapa	Potilaan asioiden hoitamisen hajanaisuus	Moniammatillisuus, tiimityöskentely Tarkistuslistat
	Yhtenäiset toimintatavat	Potilaita kotiutetaan eri osastojen omien kriteerien mukaan tai paikkatilanteen mukaan	Yhtenäiset kotiutuskriteerit vuodeosastoilla
Porin perusturvan sairaala- ja kuntoutuspalvelut ja vanhustyö	Tiedonkulku	Yhtenäisten tietojärjestelmien kehittäminen kesken Kirjaamisen kehittäminen kesken	Riittävä ja oikea-aikainen tiedonkulku
	Yhteistyö	Omat toimintamallit eri alueilla	Yhteiset toimintaperiaatteet Selkeä vastuunjako
	Palvelujen koordinointi	Ei kotiutushoitajaa	Kotiutuskoordinaattori, kotiutustiimi

4.3 Kysely kotiutuksen nykytilasta Porin perusturvan kotihoidossa

Turvallisen kotiuttamisen kehittäminen käynnistettiin kyselyllä, jonka tulokset kuvasivat kotiuttamisen nykytilaa ja kotiuttamisessa koettuja ongelmia Porin perusturvan kotihoidossa. Kyselylomake sisälsi 33 strukturoitua kysymystä. Koetuista ongelmista kysyttiin yhdellä avoimella kysymyksellä. Väittämien laadinnan pohjana käytettiin suomalaisissa kotiuttamisen kehittämisen tutkimuksissa ja raporteissa esiin nousseita turvallisen kotiuttamisen tunnuspiirteitä ja koettuja ongelmia. (Jalonen 2013.)

Kysely kohdistettiin kaikille Porin perusturvan kotihoidon työntekijöille. Näin menetellen haluttiin varmistaa riittävän luotettava vastausprosentti. Kyselylomakkeita saatekirjeineen toimitettiin 311 kappaletta lähipalvelualueille. Kyselyyn vastasi 67 prosenttia kotihoidon työntekijöistä. Tuloksena kyselystä voidaan lyhyesti sanoa, että kotiutuksen kehittämistyön keskeisin tavoite tällä hetkellä on yhteistyön edistäminen kotihoidon ja sairaalan välillä erityisesti tiedonkulussa, hoidon jatkuvuudessa, kotiutusten oikea-aikaisuudessa ja palvelujen viiveettömässä järjestämisessä.

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotihoidon asiakkaan turvallista kotiutusta. Tavoitteena on Porin perusturvan kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välisen yhteistyön edistäminen.

Opinnäytetyön

1. tavoitteena on tuottaa avauksia tai suosituksia, joiden pohjalta voidaan jatkossa toteuttaa kotiutuksen kehittämisprojekteja Porin perusturvan vanhustyön kotihoidossa.
2. Lisäksi tavoitteena on kuvata, mitä on tehokas tiedonkulku kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välillä, ja mitä on oikea-aikainen kotiutus.
3. Edelleen tavoitteena on kuvata, miten voidaan parantaa hoidon jatkuvuutta asiakkaan siirtyessä sairaalan ja kotihoidon välillä, ja miten voidaan edistää palvelujen viiveetöntä järjestämistä.

Tavoitteet johdettiin tässä kehittämistehtävässä esitetyn teoriaosuuden ja kotihoidossa syksyllä 2013 toteutetun lomakekyselyn tulosten pohjalta. Kyselyssä selvitettiin kotiutusten toteutumista ja niissä koettuja ongelmia. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa työstää esimerkiksi opinnäytetöiden, projektien ja työpajojen avulla Porin perusturvan vanhustyön kotihoidossa.

6 TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN - TAPAUSTUTKIMUS

6.1 Tapaustutkimus tutkimusmenetelmänä

Tapaustutkimus on kokonaisvaltainen ja syvälinen tutkimus, jossa hyödynnetään monia tietolähteitä. Sitä pidetään enemmän tutkimusstrategiana kuin erillisenä menetelmäkokonaisuutena. Tapaustutkimuksella ei ole omaa metodologiaa: menetelmällisesti se on lähinnä laadullista tutkimusta, mutta siinä voidaan käyttää myös määrällisiä tiedonkeruumenetelmiä (Kananen 2013, 23, 28, 31). Tutkimuskohteena on jokin nykyhetken ilmiö, johon perehdytään syvällisesti keräämällä tutkimusaineistoa monia eri tiedonkeruumenetelmiä käyttäen (esimerkiksi teemahaastattelu, havainnointi, kirjalliset lähteet, raportit, muistiot). Tapaustutkimus tutkii lähes aina yhtä tapausta: henkilöä, yritystä tai organisaatiota. Tutkimus toteutetaan ilmiön luonnollisessa ympäristössä, ja tulokseksi saadaan mahdollisimman syvälinen ja kokonaisvaltainen kuvaus ilmiöstä (Kananen 2013, 31, 54, 57). Saatua tutkimustuloksia ei voida yleistää. Tapaustutkimuksella ei myöskään pyritä muutokseen. Tutkimuksen tuloksena esitetään ratkaisu ongelmaan, mutta ratkaisua ei enää toteuteta tutkimuksen puitteissa. (Kananen 2013, 15, 28, 57).

Tapaustutkimus käynnistyy aiheen valinnalla, jota seuraa tutkimusongelman määrittäminen. Ongelman määrittely voi vaatia esiselvitystä tai kartoitusta, koska tapaustutkimuksessa tyypillistä on ongelmien moninaisuus. Tutkimusongelma muotoillaan tutkimuskysymyksiksi, joiden avulla ongelmaan saadaan ratkaisu tai ilmiön ymmärrys. Tämän jälkeen valitaan tutkimuskohde eli tapaus. Tutkimuskohteen jälkeen valitaan tiedonkeruumenetelmä. Saatu aineisto käsitellään aineistoon sopivalla analyysimenetelmällä. Saadusta aineistosta kehittämistehtävän tekijä laatii tulkinnan. (Kananen 2013, 56- 61.)

Tutkimusongelman nimeäminen

”Ongelman määrittely alkaa ongelman havaitsemisella ja nimeämisellä” (Kananen 2013, 61). Ongelma nimettiin opinnäytetyön tilaajan antaman aiheen perusteella. Myös omassa työssäni vuodeosaston sairaanhoitajana jotkut kotiutukset ovat

valitettavasti jääneet mieleen epävarmuuden tunteena siitä, mitä asiakkaalle tapahtuu hänen poistuttuaan sairaalasta. Tutustuessani aiempiin kotiuttamisen kehittämisen tutkimuksiin ja raportteihin havaitsin, että sairaaloiden ja kotihoitojen työntekijät kokevat kotiuttamisen kehittämisen edelleen tarpeelliseksi, vaikka kehittämistyötä on jo paljon tehty. Porin perusturvan kotihoidossa kotiutuksen nykyhetken sujumisesta ja siinä koetuista ongelmista sain tietoa projekti-opintojaksolla toteuttamani lomakekyselyn tuloksista (kappale 3.6). Muut tutkimusongelman määrittämiseen käyttämäni lähteet ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin Toimintakykyisenä ikääntyminen –hankkeen loppuraportit, kuusi raporttia kotiuttamisen kehittämisestä (kappale 3.1) ja Porin perusturvan kotihoidon kotiuttamisen kehittämisestä tekemäni ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA). Tutkimusongelman täsmentämiseen käytin Mind Mapping –tekniikkaa etsien yhtäläisyyksiä tähän asti keräämästäni aineistosta (Kananen 2013, 68-75). Kotiuttamiseen liittyvät ongelmat ryhmittäytyivät viiteen aiheoryhmään: yhteistyö, tiedonkulku, hoidon jatkuvuus, oikea-aikainen kotiutus ja palvelujen viiveetön järjestäminen (Taulukko 4).

Taulukko 4. Kehittämistehtävän ongelman määrittelyminen.

Aihe	Esiinnoussut aihe	Kirjallisuus katsaus	IVA	Kysely	Ongelmat
Yhteistyö	Kotihoidon ja sairaalan yhteistyö	X	X	X	X
	Yhtenäiset toimintatavat ja -periaatteet	X	X		
	Selkeä vastuunjako	X	X		
Tiedonkulku	Riittävä ja oikea-aikainen tiedonkulku	X	X	X	X
	Effica-potilastietojärjestelmä			X	X
Hoidon jatkuvuus	Hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus	X	X	X	
	Hoito- ja kuntoutusohjeet			X	
	Apuvälineet, kodinmuutostyöt			X	X
	Hoitotarvikkeet				X
	Lääkehoidon jatkuvuus				X
	Omaisten tukeminen	X	X		X
	Konsultointimahdollisuus	X		X	
	Oikea-aikainen kotiutus	X	X	X	X
Oikea-aikainen kotiutus	Kotikuntoisuus			X	X
	Asiakas ei palaa sairaalaan	X	X		
	Lyhyt laitoshoidojakso	X	X		
	Potilasohjaus	X		X	
	Tarkistuslistat	X	X		
	Varhainen kotiutuksen suunnittelu	X			
Palvelujen viiveetön järjestäminen	Palvelujen viiveetön järjestäminen	X	X	X	
	Palvelujen ennakkoiva valmistelu	X			
	Kotiutuskoordinaattori, kotiutustiimi	X	X		
	Hoitokokoukset, kotikäynnit	X		X	X
	Moniammatillisuus, tiimityöskentely	X	X		

Kohteen ja osallistujien valinta ja aineiston keruu

Tapauksella tarkoitetaan yksikköä, joka muodostaa tutkittavan ilmiön. Yksikkö voi olla esimerkiksi henkilö, ryhmä, yhteisö, yritys, ohjelma, kurssi tai tapahtuma. Tutkimuksen kohteena voi olla yksi tai useampi tapaus. Valittu tapaus edustaa sitä tasoa, millä tulokset tulkitaan ja yleistetään. Tapaukseksi valittiin tapahtuma tai prosessi eli kotiutus Porin perusturvan vanhustyön kotihoidossa. (Laitinen 1998, 54.) Tiedonkeruu päätettiin toteuttaa päiväkirjamenetelmällä, ja tiedonantajiksi eli informanteiksi päätettiin valita vapaaehtoiset vastaajat kotihoidon työntekijöistä (Kananen 2013, 75-76). Osallistujien valintaan käytettiin Porin perusturvan

vanhustyön kotihoidon lähipalvelualueiden esimiesten apua. Heitä pyydettiin välittämään tietoa tulevasta tapaustutkimuksesta tiimiensä työntekijöille sähköpostitse. Tiedotteella pyrittiin löytämään vapaaehtoisia kotiutuksen kehittämisestä kiinnostuneita kotihoidon työntekijöitä osallistumaan päiväkirjamuotoiseen kyselyyn. Tiedote lähetettiin myös vanhustyön johtajalle ja päälliköille.

Aineistonkeruumenetelmänä oli tarkoitus käyttää puolistukturoitua päiväkirjaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 207, 219-220). Menetelmä nimettiin uudelleen puolistrukturoiduksi lomakekyselyksi, koska kahden viikon aikana ei ilmoittautunut yhtään osallistujaa. Esimiehille lähetettiin uusi sähköposti, jossa kultakin lähipalvelualueelta pyydettiin lomakekyselyyn yksi osallistuja. Kyselylomake ohjeineen liitettiin sähköpostiin. Lisättiin myös mahdollisuus toteuttaa kysely haastatteluna. Tämän jälkeen esimiehiltä tuli kaksi yhteydenottoa, joista ilmeni, että kyselystä kiinnostuneita työntekijöitä löytyy. Työskentelyä vaikeutti se, että kotihoidon työntekijöillä ei ole omia sähköpostiosoitteita, vaan tiimikohtaiset sähköpostit. Toisen esimiehille suunnatun sähköpostikierroksen jälkeen saatiin kolme vastausta. Viikon odottelun jälkeen sähköpostit kyselyliitteineen lähetettiin kolmannen kerran lähipalvelualueiden esimiehille välitettäväksi tiimeille. Kolmannen kierroksen jälkeen saatiin vielä kolme vastausta.

Kyselyn avulla pyrittiin saamaan yksityiskohtaista tietoa työntekijöiden kokemuksista kotiutumisesta, sairaalan ja kotihoidon välisen yhteistyön sujuvuudesta sekä työntekijöiden ajatuksista yhteistyön edistämiseksi. Kyselyn taustatietoina kysyttiin kotiutujan ikää, sairaalassaoloaika, kotiutumisajankohtaa ja ensimmäisen kotikäynnin ajankohtaa. Kysely jakautui neljään osioon: kotihoidon ja sairaalan välinen tiedonkulku, oikea-aikainen kotiutus, hoidon jatkuvuus ja palvelujen viiveetön järjestäminen (LIITE 1). Jokaisessa osiossa annettiin esimerkkejä siitä, mihin asioihin vastaaja voi kiinnittää huomiota. Esimerkiksi tiedonkulussa voitiin huomioda sairaalan ja kotihoidon välinen yhteydenpito, kotihoidon asiantuntijuuden hyödyntäminen sekä asiakkaan vointiin ja toimintakykyyn, kotiutuksen suunnitteluun ja kotiutusajankohtaan liittyvä tiedonkulku. Jokaisessa osiossa vastaajaa pyydettiin kuvailemaan aihetta, ja antamaan kehittämis ehdotuksia. Oma osionsa oli myös vastaajan omille huomioille. Kyselyn liitteenä oli ohje lomakkeen täyttämistä ja

lähettämisestä. Lomakekysely toteutettiin tapahtumasidonnaisesti, eli vastaajat kirjoittivat kotiutuksesta kotiutustilanteen yhteydessä tai välittömästi sen jälkeen (Bolger, Davis & Rafaeli 2003, 589 – 590). Tutkimusaineistoa kerättiin ja tulkittiin samanaikaisesti, kunnes aineisto riitti tulosten luotettavaan esittämiseen (Kananen 2013, 79).

6.2 Aineiston analyysi ja tulkinta

Tapaustutkimuksella ei ole omia analyysimenetelmiä, vaan käytettävissä ovat laadullisen tutkimuksen aineistojen analyysimenetelmät. Tässä kehittämistehtävässä kyselyn vastaukset tuottivat tekstiaineiston. Aineistoon perehdyttiin lukemalla sitä läpi useita kertoja, jotta saatiin hyvä kokonaiskuva aineistosta. Aineisto luokiteltiin aluksi karkeasti kyselylomakkeen kysymysten aihealueiden mukaisesti (tiedonkulku, oikea-aikainen kotiutus, hoidon jatkuvuus ja palvelujen viiveetön järjestäminen). Analyysiyksiköksi valittiin lause tai ajatuskokonaisuus. Syntyneet luokat ositettiin segmenteiksi, joista kukin sisälsi yhden asiakokonaisuuden eli muuttujan (esim. tiedonkulku: yhteydenpito, kotiutuksen suunnittelu, kotiutuksesta ilmoittaminen jne.). Luokittelu oli välivaihe, jonka tarkoitus oli helpottaa tulkintaa. Luokittelun jälkeen aineisto koottiin uudelleen, minkä tavoitteena oli saada aikaan systemaattinen ja hyvä kuvaus ilmiöstä. Laadullisen aineiston tulkintaa ja johtopäätöksiä varten ei ole mitään sääntöä. Tutkimusaineiston perusteella tehdyt johtopäätökset irrotettiin vaiheittain yksittäisistä tapahtumista ja lausumista, ja ne siirrettiin yleisemmälle teoreettiselle tasolle. Aineistoa tarkasteltiin tutkimuskysymysten valossa niin, että saatiin aikaan hyvä kuvaus ilmiöstä. (Kananen 2013, 107.)

7 TULOKSET

7.1 Kotihoidon ja sairaalan välinen tiedonkulku

Tapaustutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli kuvata, mitä on tehokas tiedonkulku kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välillä. Vastaajille annettiin aihe-esimerkkeinä sairaalan ja kotihoidon yhteydenotot, kotihoidon asiantuntijuuden hyödyntäminen, asiakkaan vointi ja toimintakyky, kotiutuksen suunnittelu ja kotiutusajankohta. Aihe-esimerkit perustuivat aiempaan kyselyyn. Vastaajia pyydettiin lisäksi kuvaamaan, miten tiedonkulkua voitaisiin kotiutuksissa parantaa.

Kaikissa kyselyn vastauksissa kuvatuissa kotiutuksissa tiedonkulku oli ollut huonoa. Myös Lämsä (2013, 105-112) havaitsi tutkimuksessaan, että kotiuttamisia vaikeuttivat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreiden väliset kommunikaatio-ongelmat. Kotiutus hoidettiin sairaalasta käsin toisinaan pelkällä ilmoituksella ilman minkäänlaista suunnittelua, tai siitä voitiin ilmoittaa viime hetkellä, pahimmissa tapauksessa vasta kotiutuspäivänä. Kotiutumisesta saattoi ilmoittaa ainoastaan asiakas itse tai omainen. Joskus yhteydenpitoa ei ollut lainkaan ennen asiakkaan kotiutumista, jolloin asiakas kotiutui yllättäen. Yllättäen kotiutuminen aiheutti hoitojen keskeytymisen ja palvelujen saamisen viivästymisen. Onnistunut kotiutuminen edellyttäisi eri toimijoiden välisiä yhteisiä toimintaperiaatteita, viiveetöntä tiedonkulkua ja palveluiden yhteensovittamista asiakkaan muuttuviin tarpeisiin (Hammar 2008, 27-30, 56). Kotihoidon asiantuntijuutta hyödynnettiin sairaalassa vain harvoin asiakkaiden kotiutuksissa. Potilaan voinnista ja suunnitelmista kysyminen oli jäänyt pääasiassa kotihoidon tehtäväksi. Omaisten osuus ikäihmisen asioiden hoitajana koettiin tärkeäksi voimavaraksi.

”Asiakas itse soitti muutaman kerran ja tytär otti yhteyttä päivää ennen kotiuttamista”. (1)

Vastaajat pitivät kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välisen yhteistyön ja molemminpuolisen tiedonkulun kehittämistä tarpeellisenä. Riittävän aikainen

yhteydenpito ja tietojen saanti takaa sen, että kotihoito ehtii hoitaa tarvittavat järjestelyt ennen asiakkaan kotiutumista. Hammar (2008, 27) havaitsi tutkimuksessaan, että yksi syy kotiutuksen viivästymiseen oli kotihoitopalvelujen valmistelun keskeneräisyys. Vastaajien mukaan vastuutyöntekijän rooli kotiutuksen suunnittelussa ja ajankohdasta sopimisessa on keskeinen.

Kaste-ohjelman mukaan tiedon ja tietojärjestelmien kehittämistyön haasteita ammattilaisten näkökulmasta ovat asiakastietojen ajantasainen saatavuus ja yhteiskäytön mahdollisuus (STM 2012, 28). Vastaajat kokivat välttämättömänä sen, että kotihoidon työntekijöillä olisi lupa tarkastella asiakkaan tietoja Effica-potilastietojärjestelmästä tämän ollessa sairaalassa. Sairaalassa kirjatun hoidon suunnittelun pohjalta kotihoito voisi suunnitella työtään ja varautua asiakkaiden kotiutumisiin.

”Kotihoidon tiedonkulun kannalta olisi tärkeää, että voisimme katsoa asiakkaiden papereita, vaikka he ovat sairaalahoidossa”. (5)

7.2 Oikea-aikainen kotiutus

Tapaustutkimuksen toisena tavoitteena oli kuvata, mitä on oikea-aikainen kotiutus. Vastaajille annettiin aihe-esimerkeiksi aiemman kyselyn pohjalta kotiutus liian aikaisin tai liian myöhään, asiakkaan kunto, asiakkaan ja omaisten mielipide, hoitokokous, palvelujen järjestäminen, kotiutuksesta sopiminen ja kotiutuksen ajankohta. Vastaajaa pyydettiin lisäksi kuvailemaan, miten kotiutusten oikea-aikaisuutta voitaisiin parantaa.

Oikea-aikaisuus edistää turvallista kotiutusta. Liian aikainen kotiutus johtaa usein sairaalaan palaamiseen, kun taas viivästynyt kotiutus aiheuttaa potilaille toimintakyvyn alenemista, epätietoisuutta ja stressiä. (Ahlroth & Huotari 2011, 32, 33; Lämsä 2013, 106-110; Perälä & Hammar 2003, 11-12; Helsingin kaupunki 2007, 4, 19-21; Reijonen ym. 2012, 45, 55, 75; Tuli & Selin-Hannola 2009, 2, 4-5, 11.) Vastauksissa kuvatuissa kotiutuksissa asiakkaat kotiutuivat oikea-aikaisesti, suunnitellusti ja kotikuntoisina, mutta myös kesken hoidon ja puolikuntoisina.

Lämsän (2013, 109-110) mukaan kotiutus onnistuu todennäköisimmin, kun sen suunnittelu aloitetaan moniammatillisesti heti potilaan tultua sairaalaan. Vastauksista ilmeni, että kotihoidon, asiakkaan ja omaisten välillä oli toisinaan näkemyseroja oikeasta kotiutusajankohdasta. Myös Lämsä (2013, 106-107) havaitsi tutkimuksessaan, että kotiuttamisen saattoi tehdä ongelmalliseksi se, että potilas tai omaiset eivät halua kotiutusta, tai potilas haluaa kotiin, vaikka kotiutumisedellytykset eivät täyty potilaan toimintakyvyn tai kodin olosuhteiden puolesta. Vastaajia askarrutti se, että asiakkaan palaaminen sairaalaan tulkitaan helposti sairaalakierteeksi ottamatta huomioon, että asiakas on mahdollisesti kotiutettu liian aikaisin.

Vastaajat olivat yksimielisesti sitä mieltä, että alkuviikosta tapahtuvien kotiutusten koettiin onnistuvan loppuviikon kotiutuksia paremmin. Perjantai, erityisesti perjantai-iltapäivä, koettiin huonoksi kotiutumisajankohdaksi. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja palvelujen järjestäminen viime hetkellä viikonloppua varten koettiin hankalaksi. Viikonloppuna työntekijöitä kotihoidossa oli vähemmän ja asiakaskäyntitilat tiiviimpiä kuin arkena, joten aikaa ei riittänyt lisätehtävien hoitamiseen. Sama ongelma on tullut esille jo aiemmin Porissa toteutetussa Toimintakykyisenä ikääntyminen -hankkeessa (Korpela 2012, 8-9,17).

”Kotiutukset tapahtuvat jostain syystä todella usein perjantaina ja se on huonoin mahdollinen kotiutusajankohta”. (5)

Kotiutuksen oikea-aikaisuutta voitaisiin vastaajien mielestä edistää suunnittelulla, yhteistyöllä, joustamisella ja kotihoidon asiantuntijuutta hyödyntämällä. Porin perusturvan sairaalan organisaatiomuutoksen myötä aloittavilta arviointiyksiköiltä odotetaan parannusta kotiutusten suunnitteluun. Vastuutyöntekijä nähdään kotiutuksen yhdyshenkilönä, joka tuntee parhaiten asiakkaan ja hänen kotiolonsa. Myös Helsingin kaupunki on kokeillut vastuuhoidajamallia kotiuttamisyhteistyön kehittämisessä (Helsingin kaupunki 2007, 19-21). Yhteydenotot sairaalan, kotihoidon, omaisen ja läheisten välillä edistävät oikea-aikaista kotiutusta.

”Yhteydenotto kotihoitoon ja omaisiin ajoissa, koska nämä tietävät parhaiten asiakkaan tarpeet ja kotiolot”. (4)

Vastaajat kokivat hoitokokoukset hyvinä hankalissa kotiutuksissa. Hoitokokouksissa tarkastellaan moniammatillisesti asiakkaan pärjäämistä kotiolosuhteissa, kartoitetaan apuvälineiden tarve ja suunnitellaan tarvittavat tukipalvelut. Ongelmallisissa kotiutuksissa hoitokokoukset edistävät kotiutusten oikea-aikaisuutta. Kotiuttamisen hyvä käytäntö suosittelee hoitokokouksia, ja niistä on myös koettu olevan hyötyä kotiuttamisissa (Hyvä käytäntö 2012; Tarhasaari 2012, 14).

7.3 Hoidon jatkuvuus

Tapaustutkimuksen kolmantena tavoitteena oli kuvata, miten voidaan parantaa hoidon jatkuvuutta asiakkaan siirtyessä sairaalan ja kotihoidon välillä. Hoidon jatkuvuutta kysyttäessä aihe-esimerkeiksi annettiin reseptit, lääkkeet, insuliinit, hoito-ohjeet, haavahoidot ja ajanvaraukset. Vastaajaa pyydettiin lisäksi kuvailemaan, miten hoidon jatkuvuutta voitaisiin parantaa.

Hammarin (2008, 27, 55) mukaan puutteet hoidon jatkuvuudessa ovat yksi kotiutuksen ongelma. Vastaajien mukaan kotiutuneiden asiakkaiden hoidon jatkuvuuden toteutuminen vaihteli. Sitä häiritsi muun muassa kotiutusten huono suunnittelu. Yhdessä tapauksessa hoidon jatkuvuus katkesi, koska vuodeosaston tieto potilaan kotihoidosta oli virheellinen. Osassa vastauksista lääkehoidon jatkuvuus oli onnistunut, mutta vastaajat kuvasivat myös joutuneensa esimerkiksi tarkistamaan lääkitystietojen ristiriitaisuuksia ja hankkimaan puuttuvia reseptejä. Reseptien vaihtumisen e-resepteiksi koettiin edistävän lääkehoidon jatkuvuutta. Hyvän kotiuttamisen käytännön mukaan potilaan kotiutuessa on erityisen tärkeää huolehtia lääkehoidon keskeytymättömästä jatkumisesta (Hyvä kotiuttaminen 2012).

Potilaan siirtyminen yli organisaatiorajojen vaatii myös hoidon osaamisen siirtymistä potilaan mukana (Tuli & Selin-Hannola 2009, 33). Vastaajien mukaan haavanhoidosta tai sen muuttumisesta ei aina saatu tietoa, eikä kotiutujalla ollut mukana seuraavan haavanhoitokerran tarvikkeita. Etenkin viikonloppua vasten kotiutuville asiakkaille lääkkeiden ja tarvikkeiden hankkiminen oli hankalaa, toisinaan jopa mahdotonta. Kotiutuessa saattoi puuttua apuvälineitä. Oikea-aikaisen

kotiutuksen yksi tunnuspiirre on, että asiakkaalla kotiutuessaan on asunnonmuutostyöt tehtynä, sekä tarvittavat apuvälineet käytössään (Tuli & Selin-Hannola 2009, 2, 4-5, 11).

Vastaajat kokivat, että hoidon jatkuvuuden onnistuminen riippui sekä kotiuttajan että kotiutusilmoituksen vastaanottajan ammattitaidosta ja työkokemuksesta. Hyvän ammattitaidon omaava kotiuttaja huomioi muun muassa lääkelistan, lääkemuutokset, mukaan jaettavat lääkkeet, reseptit ja haavanhoito-ohjeet ja -tarvikkeet. Myös ammattitaitoinen kotihoidon työntekijä kantaa vastuun siitä, että edellä mainitut asiat on huomioitu asiakkaan kotiutuessa.

Hoidon jatkuvuutta kotiutuessa edistäisi ennen kaikkea kotihoidon ja sairaalan välinen yhteydenpito. Kotihoidon työtä helpottavat asiakkaan mukana tulevat selkeät hoito-ohjeet ja riittävät hoitotarvikkeet. Kotiutujalla tulisi olla mukanaan lisäksi päivitetty lääkelista, tarvittavat reseptit ja sovitut lääkkeet. Kotihoidon tulisi saada riittävän aikaisin tietoa tarvittavista hoitotarvikkeista ja apuvälineistä, jotta ne ehdittäisiin hankkia ennen kotiutusta. Kotiutujalla tulee olla mukanaan myös tiedot jatkotutkimus- ja kontrolliajanvarauksista, jotta kotihoito voi huolehtia käyntien toteutumisesta.

”Selvillä ohjeilla parannetaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus”. (4)

7.4 Palvelujen viiveetön järjestäminen

Tapaustutkimuksen neljäntenä tavoitteena oli kuvata, miten voidaan edistää palvelujen viiveetöntä järjestämistä. Palvelujen järjestämisestä kysyttäessä aihe-esimerkeiksi annettiin kotihoito, ateriapalvelu, hoitotarvikkeet, kuntoutus, kodinmuutostyöt ja apuvälineet. Vastaajaa pyydettiin lisäksi kuvailemaan, miten palvelujen oikea-aikaista järjestämistä voitaisiin kehittää.

Toipilasaika eli kotiutumista seuraavat vuorokaudet ovat kotiutumisen kannalta kriittisintä aikaa. Turvallisella kotiutumisella tarkoitetaan sitä, että potilaan selviytyminen kotiutuessa taataan sopivalla ja asiakkaan voimavaroja tukevalla

palvelukokonaisuudella, jolloin potilas voi jäädä turvallisesti kotiin. (Korpela 2012, 8) Vastaajien mukaan palvelujen viiveettömän järjestämisen edellytys on mahdollisimman aikainen tieto kotiutumisesta ja kotiutuksen suunnittelu, koska kotihoidon tehtävänä on osaltaan huolehtia asiakkaan tukipalvelujen (esimerkiksi ateriapalvelu, pyykkipalvelu, apuvälineet ja hoitotarvikkeet) toteutumisesta. Vastuuhoitajamallin todettiin edistävän palvelujen viiveetöntä järjestämistä. Tosin asiakaslistojen viikoittaisen tai jopa päivittäisenkin muuttumisen vuoksi asiakkaan luona kävi eri hoitajia, mikä saattoi heikentää palvelujen viiveetöntä järjestämistä.

Kotihoidossa odotettiin sairaalan vuodeosaston osallistuvan potilaan palvelujen järjestämiseen. Vuodeosaston tiedonpuute asiakkaan kotihoitojärjestelyistä oli yhdessä tapauksessa syynä asiakkaan palvelujen järjestämisen viivästymiseen. Vastaajat kokivat, ettei sairaalassa ymmärretä riittävästi kotiolojen merkitystä kotona pärjäämisen kannalta. Myös Hammar (2008, 45) havaitsi tutkimuksessaan, että sairaalasta kotiutumista ja kotona selviytymistä vaikeuttavat muun muassa asuinympäristön ongelmat ja apuvälineiden puute. Jos potilaan tilanne esimerkiksi liikkumisen kannalta on merkittävästi heikentynyt sairaalajakson aikana, asunnonmuutostyöt tulee olla tehtynä asiakkaan kotiutuessa.

”Sairaalajakson aika asiakas oli joutunut täydellisesti pyörätuolipotilaaksi ja asunnossa tarvittiin isot muutostyöt, ennen kuin hän pääsi kotiutumaan”. (5)

Vastaajat näkivät, että riittävän ajoissa aloitettu yhteydenpito edistäisi palvelujen viiveetöntä järjestämistä. Asiakkaalle tulisi olla järjestettynä ennen kotiutusta apuvälineet ja kodinmuutostyöt. Niiden tarve selviää parhaiten kotikäynnillä, joka tehdään potilaan kanssa tämän sairaalassaoloaikana. Kotihoidon tulee olla läsnä kotikäynnillä, koska he tuntevat parhaiten asiakkaan toimintakyvyn ja sen ongelmat kotioloissa. Vuodeosastolta pitäisi huolehtia hoitotarvikehakemukset potilaan sairaalassaolon aikana. Palvelujen tarvetta kartoitettaessa järjestetään tarvittaessa moniammatillinen hoitokokous, johon osallistuvat myös potilas, kotihoito ja omaiset. Omaisten ja kotihoidon rooli asiakkaan kotona pärjäämisessä on tullut aiempaa tärkeämmäksi ja sitä tulee kehittää (Toimintakykyisenä ikääntyminen –

vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa – juurruttamishanke 2012 – 2013, 16).

”Yhteistyö ja tiedonkulku ajoissa”.(4)

”Koti valmiina asiakkaan tulla”. (1)

Ikäihmisen laatusuositus pitää tarpeellisena kotihoidon laadun kehittämistä ikäihmisten kotona pärjäämisen edistämiseksi. Palveluja tulee monipuolistaa, uudistaa ja lisätä niin, että niitä voidaan tarjota ajoissa ja ennakoiden. Ehkäisevää toimintaa on lisättävä. (STM 2008, 29.) Vastaajat toivoivat, että kotihoidon palveluja voitaisiin lisätä ja vähentää joustavasti asiakkaiden tarpeiden mukaisesti ilman rajoittavia kriteereitä. Kotihoidossa tiedostetaan, että palvelujen tarve on tulevaisuudessa ympärivuorokautinen. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan kotihoidon asiakkailla tulisi olla mahdollisuus ympärivuorokautiseen palvelun tavoittamiseen (STM 2008, 27).

8 SUOSITUKSET KOTIUTUSYHTEISTYÖN EDISTÄMISEKSI

8.1 Turvallisen kotiutuksen prosessi

Ensimmäinen suositus kotiutusyhteistyön edistämiseksi on turvallisen kotiutuksen prosessi, joka on kuvattu prosessikaaviona (LIITE 2). Prosessiajattelulla kehitetään organisaation toimintaa. Tarkoituksena on tunnistaa ja kuvata organisaation avainprosessit, ja pyrkiä niiden avulla toiminnan jatkuvaan parantamiseen. (Laamanen & Tinnilä 2009, 6.) Prosessiajattelussa vanhojen rakenteiden tilalle rakentuu uusi, asiakkaiden tarpeisiin perustuva toiminnan jatkuvan kehittämisen malli. Prosesseja kehitetään nimenomaan asiakkaan näkökulmasta: prosessit alkavat ja päättyvät asiakkaaseen. Prosessien kuvaamisen eli toiminnan mallintamisen avulla hahmotetaan ja jäsennetään organisaatiossa toiminnan kokonaisuuksia ja vastuualueita, sekä löydetään organisaation kehittämistä vaativat kohteet. (Virtanen & Wennberg 2005, 67, 116.) Prosesseja kehittämällä pyritään organisaation toiminnan tehostamiseen, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen tai ongelmatilanteiden hallintaan. Tuloksena voi olla asioiden uudenlainen keskittäminen, työvaiheiden järjeistäminen, prosessin käytettävyyden ja luotettavuuden parantaminen tai uusi tapa organisoida prosessit. (JHS-suositukset 2008.)

Prosessin kuvaus

Prosessin kuvaustaso valitaan käyttötarkoituksen mukaan. Kuvauksessa ilmenee tarpeellinen ja oleellinen tieto prosessista. JHS-suosituksen (2008) mukaan prosesseja kuvataan neljällä eri tasolla: prosessikartta, toimintamalli, prosessin kulku ja työn kulku. Tasojen yksityiskohtaisuus vaihtelee, mutta niiden väliset erot voivat olla vähäisiä ja kuvaukset osittain päällekkäisiä. Turvallisen kotiutuksen kuvaamiseen valittiin prosessin kulku –taso, jossa kuvataan toiminnan työvaiheet, toiminnot ja niistä vastaavat toimijat. Siinä tarkastellaan myös prosessin ja osaprosessien jakautumista toiminnoiksi, tehtäviksi, osatehtäviksi ja toimenpiteiksi. Tällä tasolla tulevat esiin toiminnan mahdolliset ongelmat. (JHS-suositukset 2008). Turvallinen kotiutus jaettiin kolmeen osaprosessiin, jotka ovat sairaalan

vuodeosastolle tulo, turvallinen kotiutus ja turvallinen kotiutuminen. Prosessikaavio perustuu niihin tietoihin, jotka on kerätty aiemmista tutkimuksista ja raporteista, sekä siitä tiedosta, joka on kerätty tätä opinnäytetyötä varten.

Kotihoidon ja sairaalan vuodeosaston yhteydenpitoa lisätään turvallisen kotiutumisen prosessikaavion mukaisesti (LIITE 2). Ikäihminen on kotihoidossa asiakas ja vuodeosastolla potilas, joten molempien tulee yhteistyössä edistää hänen terveyttään ja hyvinvointiaan näkemällä hänet yksilönä ja molempien organisaatioiden yhteisenä asiakkaana. Yhteistyössä toteutetun turvallisen kotiutumisen tavoitteena on se, että asiakas ei palaa sairaalaan (Innokylä 2012b; Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa – juurruttamishanke 2012 – 2013, 4). Prosessi käynnistyy, kun kotihoidon asiakas sairastuu ja päätyy yhteispäivystykseen. Sieltä hän siirtyy terveyskeskussairaalan vuodeosastolle suoraan tai erikoissairaanhoidon vuodeosaston kautta.

Kotiutussuunnitelma

Turvallisen kotiutuksen edellytys on, että kotihoidon, vuodeosaston ja omaisen välinen yhteistyö aloitetaan heti potilaan saavuttua osastolle (Lämsä 2013, 109-110; Reijonen, Harra, Immonen & Marjamäki-Kekki 2012, 74-77). Sairaalaan otetaan yhteyttä kotihoitoon ja omaiseen. Kotihoidon asiantuntijuus hyödynnetään. Vuodeosasto saa heti hoitajakson alussa tietoa potilaan lääkityksestä, hoidoista, kotiolosuhteista, toimintakyvystä ja mahdollisista kotona pärjäämiseen liittyvistä ongelmista. Kotihoito saa tietoa asiakkaansa voinnista ja jatkohoidosta. Vuodeosaston hoitaja laatii kotihoidosta ja omaiselta saatujen tietojen pohjalta kotiutussuunnitelman, ja kirjaa sen Efficapotilastietojärjestelmän kotiutuslehdelle, joka on sekä vuodeosaston että kotihoidon käytettävissä asiakkaan vuodeosastojakson ajan. Kotihoidolla tulee olla lupa tarkastella asiakkaansa tietoja Efficasta tämän ollessa sairaalassa. Mikäli vuodeosastolta ei potilaan saapumispäivänä tai sitä seuraavana päivänä ole otettu yhteyttä, kotihoidon asiakkaan vastuuhoidtaja ottaa yhteyttä vuodeosastolle.

Kotiutuksen suunnittelu

Toinen yhteydenpito on ajankohtainen, kun varmistuu, että potilas kotiutuu kotiin. Tällöin selvitetään yhteistyössä potilaan muuttunut palvelutarve, ja sovitaan palvelujen järjestämisestä vastaavat tahot. Vuodeosastolla kotiutusta valmistellaan moniammatillisesti (Lämsä 2013, 109-110). Kotiutujan asioiden hoitoon osallistuu sairaalassa lääkärin ja hoitohenkilökunnan lisäksi tarpeen mukaan fysioterapiahenkilökunta, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja. Osaston viikoittaisissa tiimipalavereissa sovitaan, mitä tehtäviä kukin taho hoitaa. Kotihoidon tehtävistä sovitaan heidän kanssaan. Tarvittaessa järjestetään moniammatillinen hoitokokous, johon myös kotihoito osallistuu (Korpela 2012, 8-9). Tarvittaessa tehdään moniammatillinen kotikäynti, jossa kotihoidon läsnäolo ja asiantuntemus on ensiarvoisen tärkeää (Reijonen, Harra, Immonen & Marjamäki-Kekki 2012, 45, 55, 75). Kotiutuslehteä hyödynnetään kirjaamisessa ja tarkistuslistana. Kotiutuspäivästä sovitaan yhteisesti kotihoidon ja omaisen kanssa hyvissä ajoin.

Kotiutus ja kotiutuminen

Kolmas yhteydenpito on ajankohtainen kotiutumista edeltävinä päivinä, jolloin tarkistetaan, että kaikki sovitut asiat (esimerkiksi kodinmuutostyöt, apuvälineet, kuljetuspalvelu, hoitotarvikkeet, hoito-ohjeet, reseptit, lääkkeet, ajanvaraukset) on järjestetty, ja potilas voi kotiutua turvallisesti. Asiakkaan kotiuduttua kotihoito ja omainen tarkistavat, että sovitut palvelut toimivat. Tarvittaessa kotihoito ja omainen voivat konsultoida sairaalan vuodeosastoa (Helsingin kaupunki 2007, 9). Vuodeosaston hoitaja kirjaa kotiuttamisen ja kotihoito kotiutumisen kotiutuslehdelle. Jatkossa kirjauksia voidaan hyödyntää turvallisen kotiutumisen kehittämisessä.

Turvallisen kotiutuksen prosessi on laadittu erityisesti kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen välisen tiedonkulun edistämistä silmällä pitäen. Sujuva tiedonkulku parantaa kotiutusten oikea-aikaisuutta, hoidon jatkuvuutta ja palvelujen viiveetöntä järjestämistä. Tässä kehittämistehtävässä laadittua prosessikuvausta voidaan jatkossa kehittää ja juurruttaa käytäntöön.

8.2 Vastuuhoitaja kotiutuksen koordinoijana

Toinen suositus kotiutussyhteistyön edistämiseksi on kotihoidon vastuuhoitaja kotiutusten koordinoijana (Helsingin kaupunki 2007, 19-21). Koska kotihoidon asiakkuus on ikäihmiselle pitkäkestoinen asiakassuhde ja vuodeosastojakso vain lyhytaikainen episodi, vastuuhoitajan toimiminen ensisijaisena asiakkaansa kotiutuksen koordinoijana voidaan nähdä kotiutuksen onnistumista edistävänä tekijänä. Myös kotihoidon asiantuntijuus korostuu, sillä työntekijä tuntee parhaiten asiakkaansa lääkityksen, hoidot, aiemman voinnin, toimintakyvyn, ja tunnistaa kotona pärjäämisen ongelmat.

Vastuuhoitaja huolehtii yhteydenpidon toteutumisesta vuodeosaston ja omaisen kanssa prosessikaavion (LIITE 2) mukaisesti asiakkaan ollessa vuodeosastolla. Vastuuhoitaja ottaa yhteyttä vuodeosastolle, jos vuodeosastolta ei ole otettu yhteyttä kotihoitoon kahden päivän sisällä asiakkaan sairaalaan joutumisesta. Kun vuodeosaston lisäksi vastuuhoitaja huolehtii osaltaan yhteydenpidon toteutumisesta, tiedonkulku paranee molempiin suuntiin. Vastuuhoitaja huolehtii kotiutusasioiden toteutumisesta yhteistyössä vuodeosaston ja omaisen kanssa tarkistuslistaa apuna käyttäen. Kun vastuuhoitaja saa tiedon asiakkaan muuttuneesta voinnista, hänelle syntyy myös käsitys muuttuneesta palvelutarpeesta, ja palvelujen järjestäminen voidaan yhteistyössä aloittaa ajoissa. Vastuuhoitajalla tulee olla lupa tarkastella asiakkaan tietoja Effica-potilastietojärjestelmästä tämän sairaalassaoloaikana. Vastuuhoitajan ollessa estynyt huolehditaan, että asiakkaalla on varavastuuhoitaja. Otettaessa yhteyttä kotihoitoon puhelu tai soittopyyntö tavoittaa aina potilaan vastuuhoitajan. Asiakkaan kotihoidon yhteystieto tulee löytyä Efficasta helposti. Kun kotiutus on oikea-aikainen, hoidon jatkuvuus varmistettu ja palvelut järjestetty, kotiutus onnistuu turvallisesti kaikkina viikonpäivinä ja vuorokaudenaikoina. (Korpela 2012, 17; Nyholm 2012, 7-8.) Jatkotutkimusehdotuksena voidaan esittää esimerkiksi tutkimusta siitä, miten kotiutusten koordinointi toteutetaan vastuuhoitajan työssä. Jatkotutkimusehdotuksena vastuuhoitajan tehtävistä kotiutusten koordinoijana voidaan laatia prosessikuvaus työn kulku –tasolla (JHS-suositukset 2008).

8.3 Kotiutuksen dokumentit

Tällä hetkellä (4/2014) sairaalan vuodeosaston sairaanhoitaja kirjaa potilaan kotiutukseen liittyvät asiat Effican hoitotyön lehdelle. Koska Efficaa on mahdollista jatkuvasti kehittää paremmin hoitotyön tarpeita vastaavaksi, kolmantena suosituksena yhteistyön edistämiseksi on kotiutuslehden luominen Efficapotilastietojärjestelmään. Kotihoidon asiakkaan sairaalassaoloaikana kotiutuslehti toimisi kotihoidon ja vuodeosaston yhteisenä tiedonkulun välineenä. Kotiutuslehti sisältäisi esimerkiksi kotiutussuunnitelman, kotiutusasioiden tarkistuslistan, yhteydenotot, sovitut ja järjestetyt asiat, suunnitelmissa tapahtuneet muutokset sekä kotiutuksen ja kotiutumisen toteutumisen. Edellytyksenä tietenkin on, että kotihoito voi tarkastella asiakkaansa tietoja tämän sairaalassaoloaikana. Tämän kehittämistehtävän esiselvityksen ja kyselyn perusteella kävi ilmi, että kotihoidon työntekijällä ei ole lupaa tarkastella asiakkaansa tietoja Efficasta tämän ollessa sairaalassa.

Kotiutusasioiden hoitamisen tukena voidaan käyttää erilaisia tarkistuslistoja. Tarkistuslistat on todettu hyödylliseksi apuvälineeksi potilaan siirtyessä sairaalasta kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Tarkistuslistan avulla voidaan varmistua siitä, että kaikki kotiutukseen liittyvät yksityiskohdat on huomioitu. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 276, 284-388.) Saatavilla on muun muassa eri ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tuloksena laadittuja kotiutuksen tarkistuslistoja, joita voidaan muokata omiin tarpeisiin. Tarkistuslistan kokeilu ja käyttöönotto voidaan toteuttaa myös paperiversiona.

Effican kotiutuslehti ja tarkistuslistat parantavat ennen kaikkea palvelujen viiveetöntä järjestämistä. Kun palvelut saadaan ajoissa järjestettyä, potilas voi kotiutua oikea-aikaisesti. Tiedonkulku kotiutusasioissa paranee, kun tieto ja yhteystiedot löytyvät potilastietojärjestelmästä omalta lehdeltyään, jota voivat tarkastella ja täydentää sekä kotiuttava että vastaanottava taho koko potilaan sairaalassaoloajan. Jatkokehittämisehdotuksena on Effican kotiutuslehden ja kotiutuksen tarkistuslistan luominen ja esitestaaminen, sekä niiden käytön käytäntöön juurruttaminen. Jatkossa tulee selvittää myös kotihoidon työntekijän oikeus asiakkaan tietojen tarkasteluun Efficalta tämän sairaalassaoloaikana.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Lait ja ohjelmat

Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelman tavoitteena on pyrkiä väestön hyvinvoinnin ongelmien hoidosta kohti niiden ehkäisemistä (STM 2012, 4, 17-18). Kaste-ohjelman tavoitteista kotiutuksen kehittämiseen liittyvät muun muassa ikäihmisten kotona asumisen mahdollistaminen, osallisuuden lisääminen, palvelujen uudistaminen, laitoshoidon väheneminen, rajapintakäytänteiden kehittäminen, yhteistyön parantaminen ja tietojärjestelmien kehittäminen (Korpela 2012, 2; STM 2012, 4, 17-18, 24-28). Vanhuspalvelulaki ja ikäihmisten palvelujen laatusuositus ovat yhdensuuntaisia Kaste-ohjelman kanssa (STM 2013; Vanhuspalvelulaki 980/2012). Porin perusturvan strategiassa kotiutuksen kehittämistä tukevat terveyden ja turvallisuuden edistämisen sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tavoitteet (Perusturva 2016 strategia 2011). Tulevaisuudessa Porissa toteutuu mahdollisesti myös sosiaali- ja terveysministeriön Ikähoivatyöryhmän tavoite ”palvelut liikkuvat, ei asiakas”, sillä Porin perusturvan sairaalaorganisaation uudistuksessa on esitetty visio seinättömästä sairaalasta liikkuvine lääkäripalveluineen (STM 2011a, 15- 17, 32, 39-40).

9.2 Kotiutusyhteistyön edistäminen

Suomen väestö ikääntyy. Esimerkiksi Satakunnassa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kymmenessä vuodessa noussut noin kymmenen prosenttia. (Kunnat.net 2014.) Palvelurakennetta uudistetaan, jotta kaikille pystytään jatkossa tarjoamaan kunkin tarvitsemat palvelut (STM:n www-sivut 2014). Laitoskeskeistä palvelurakennetta muutetaan kohti ratkaisua, jossa palvelut tuodaan kotiin tai kodinomaiseen asumiseen (STM 2012, 24). Ymmärrys kansanterveydestä on muuttumassa siihen suuntaan, että yksilö on enenevässä määrin vastuussa omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista (Suomen Sydänliiton www-sivut 2014). Muutoksen onnistumiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon työskentelyssä aiempia toimintatapoja on uudistettava, ja osasta on kyettävä luopumaan ja luomaan tilalle uusia.

Jatkossa yhä suurempi osa ikäihmisistä asuu kotona tai kodinomaisissa oloissa. Kotiin annettavista palveluista keskeisin palvelumuoto on kotihoito (STM:n www-sivut 2014). Kotihoidon toiminta on muuttunut viime vuosikymmenten aikana ruoanlaitto- ja siivouspalveluista hoivapalveluiksi. Ateria-, siivous-, turva- ynnä muut tukipalvelut asiakkaat ostavat halutessaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Tulevaisuudessa kotihoidon asiakasmäärät lisääntyvät ja asiakassuhteet pitenevät. (STM 2013, 13.) Kotihoidon toiminnan muutostarve on edelleen ilmeinen, sillä palveluja pitää pystyä jatkossakin tarjoamaan lisääntyvälle asiakaskunnalle tarpeenmukaisesti, viiveettömästi ja kustannustehokkaasti (Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2014).

Ikääntyneet asiakkaat tarvitsevat ajoittain sairaalapalveluja. Potilaiden toimintakyvyn säilymiseksi vuodeosastoilla pyritään mahdollisimman lyhyisiin laitosjaksoihin, mistä syystä kotiutukset lisääntyvät. Jotta yhteisen potilaan/asiakkaan kotiutus olisi turvallinen, tarvitaan hyvää yhteistyötä sairaalan ja kotihoidon välille. Tavoitteena turvallisessa kotiutuksessa on se, että asiakas ei palaa sairaalaan (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010, 4-5). Aiempi kotiuttamisen kehittämistyö on lisännyt tietämystä kotiuttamisen ongelmakohdista, mutta edelleen käytännössä ongelmia ilmenee. Kotihoitoon tekemäni kotiuttamiseen liittyvän lomakekyselyn mukaan ongelmia oli eniten tiedonkulussa, kotiutusten oikea-aikaisuudessa, hoidon jatkuvuudessa ja palvelujen viiveettömässä järjestämisessä. Kaikkiin edellä mainittuihin löytyi yksi yhteinen parannuskeino: kotihoidon ja sairaalan vuodeosastojen yhteistyön edistäminen. Yhteistyön paraneminen yhdellä osa-alueella lisää toiminnan sujuvuutta myös muilla osa-alueilla. Kehittämistyöstä haastavan tekee se, että se tapahtuu kahden eri organisaation rajapinnalla (Reijonen, Harra, Immonen & Marjamäki-Kekki 2012, 77; STM 2012, 17). Kehittämistyön merkityksellisyyttä lisäävät lakien, kansallisten ohjelmien, suositusten ja hankkeiden yhdenmukainen tavoite ihmisten mahdollisimman pitkään kotona asumisesta.

9.3 Kehittämistehtävän eteneminen

Kehittämistehtävän tekeminen alkoi aiheesta löytyvän teorian tiedon etsimisellä ja siihen perehtymisellä. Teorian tiedon pohjalta toteutettiin esiselvityksenä projekti,

jossa standardoidulla lomakekyselyllä selvitettiin kotiutuksen nykytila ja siinä koetut ongelmat Porin perusturvan kotihoidossa. Lomakekyselyn vastausprosentti oli 67 %. Projektin tuloksen mukaan kotiutuksen kehittämistyön keskeisin tavoite on yhteistyön edistäminen kotihoidon ja sairaalan välillä erityisesti tiedonkulussa, hoidon jatkuvuudessa, kotiutusten oikea-aikaisuudessa ja palvelujen viiveettömässä järjestämisessä. Varsinaisen kehittämistehtävän eli tapaustutkimuksen tutkimuskysymykset ja kyselylomakkeen kysymykset johdettiin teoriaosuuden ja esiselvityksen tuloksen yhteenvedon pohjalta. Kehittämistehtävä eteni mielestäni loogisesti. Varsinaista tapaustutkimusta hankaloitti se, että päiväkirjaan/lomakekyselyyn ei useista yrityksistä huolimatta tahtonut löytyä vastaajia. Tämä on toisaalta ymmärrettävää, sillä kotihoidossa työtahti on kiireinen, ja siellä on viime aikoina toteutettu useita kyselytutkimuksia.

9.4 Pätevyys, luotettavuus ja eettisyys

Kehittämistehtävän tarkoitus oli palvella työelämän tarpeita ja tuottaa tietoa kotiuttamisen kehittämistarpeista Porin perusturvan kotihoidossa, ja sen toivotaan luovan uusia näkökulmia, ideoita ja kysymyksiä. (Vilkkä 2005, 30, 34, 39; Viinamäki & Saari 2007, 24, 27-28.) Teoriatietoa kerättiin uusimmista alan tutkimuksista ja raporteista. Aineistoa oli paljon saatavilla. Aihe on erittäin ajankohtainen: kansallisten sosiaali- ja terveystalouden ohjelmien tavoitteena on ikäihmisten kotona mahdollisimman pitkään asumisen mahdollistaminen, ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen yksilöllisten ja oikea-aikaisten palvelujen avulla, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen tukeminen, ennaltaehkäisevä työtapa ja rajapinnat ylittävän yhteistyön kehittäminen (STM:n www-sivut 2014). Porin perusturvan strategian 2016 (2011) toiminta-ajatuksen mukaan perusturvakeskuksen tehtävänä on edistää alueensa asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta oikea-aikaisten ja joustavien peruspalvelujen ja moniammatillisen yhteistyön avulla. Tavoitteena on laitospaikkojen vähentäminen, minkä onnistumiseksi vuodeosastojaksojen pitää lyhentyä ja kotiutusten lisääntyä. Näin ollen potilaat kotiutuvat varhemmin ja heikompikuntoisina, jolloin kuntoutus ja jälkihoito jäävät aiempaa enemmän omaisten ja kotihoidon vastuulle (Korpela 2012, 8; Tuli & Selin-Hannola 2009, 19). Hyvin suunniteltu kotiutus lyhentää

vuodeosastojaksoa ja tukee kotona selviytymistä (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010, 4-5). Turvallisen kotiutumisen tunnuspiirteitä on se, että asiakas voi turvallisin mielin jäädä kotiin, asiakas ja omaiset ovat saaneet riittävästi ja monipuolisesti tietoa, ja että yhteistyö ja tiedonkulku ovat sujuvia kaikkien osapuolten kesken (Helsingin kaupunki 2007, 6-7). Vaikka kotiuttamisen kehittämisen tarve on tiedostettu ja kehittämistyötä on jo tehty, kotiutuksen sujuvuutta ja turvallisuutta voidaan edelleen parantaa (Alsela 2011, 52; Korpela 2012,63).

Tutkimuksen tekeminen edellyttää hyvää tutkimusetiikkaa eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamista koko tutkimuksen ajan. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kaikkiin niihin ihmisiin, jotka tavalla tai toisella liittyvät tutkimukseen, oman ammatti- ja lähialojen edustajiin ja lopulta tutkimusraportin lukijoihin. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksen tekijä noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, sekä perustaa tiedonhankintansa oman alansa tieteelliseen kirjallisuuteen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, riittäviin havaintoihin ja oman tutkimuksensa analysointiin. Tässä kehittämistehtävässä käytetyt muiden tutkijoiden tutkimustulokset osoitettiin lähdeviittein, joiden merkitsemisessä noudatettiin erityistä huolellisuutta. Tutkimuksessa itsestään selvää on luottamuksellisuus. Tutkimuksessa mukana olevia ihmisiä koskevien tietojen tulee pysyä salassa siten, etteivät ulkopuoliset pysty tunnistamaan tietojen antajaa. Tutkimuksen saatekirjeessä tai haastattelupyynnössä tulee olla riittävästi tietoa tutkittavalle siitä, mihin hän tietojaan antaa. Sen perusteella hän voi myös kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. (Vilkkä 2005, 29 - 36; Hirsjärvi & Hurme 2006, 20; Viinamäki & Saari 2007, 12 - 20, 29.)

9.5 Vertailua ja jatkotutkimushaasteita

Satakunnan sairaanhoitopiirissä iäkkään potilaan kotiuttamista on kehitetty ennen Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanketta SALPA ja ALKU –hankkeissa vuosina 2004 – 2010 (Lukka & Sippola 2011, 3). Ikääntyvän väestön määrän lisääntyminen ja kotihoidon kasvava kysyntä antavat edelleen aihetta kotiuttamisen kehittämislle. Uhkana on asiakkaiden laitoskierre, jota voidaan ehkäistä turvallisen kotiuttamisen keinoin. Hammar kehitti tutkimuksessaan palveluohjaus-mallin, jossa palveluohjaaja

toimii ”yhden luukun” periaatteella. Asiakas asioi palveluohjaajan kanssa, joka asioi asiakkaan puolesta palveluja järjestävien yhteistyötahojen kanssa. (Hammar 2008, 27-30, 56.) Porin perusturvan vanhustyössä toimii palveluohjaaja (Porin kaupungin www-sivut 2014). Jatkossa palveluohjaajien määrää voitaisiin lisätä, koska asiakkaiden määrä kasvaa ja palvelut monipuolistuvat. Jatkossa avopuolen palveluohjaajat ja syksyllä 2014 aloittavan kuntouttavan sairaalan kuntoutusohjaajat ja kotiutushoitajat tekisivät yhteistyötä asiakkaiden kotiutuksissa. Jatkotutkimushaasteena esitän palveluohjauksen prosessin kuvaamista ja palveluohjauksen lisäämisen tarpeen kartoittamista Porin perusturvan vanhustyössä.

Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen akuuttisairaala ja kotihoito yhtenäistivät kotiutusprosesseja. Laadittiin prosessikuvaus, luotiin ohjeistus sairaalaan lähettämisestä ja otettiin käyttöön hoitajälähetteen. (Helsingin kaupunki 2007, 3-10, 14-21, 27.) Prosessikuvaus sisälsi muun muassa sairaalan ja kotihoidon väliset ilmoituskäytännöt ja yhteydenpidon sisällöt ennen asiakkaan kotiutumista. Tämän opinnäytetyön yksi suositus on turvallisen kotiutuksen prosessikuvaus, jossa kuvataan sairaalan, kotihoidon ja omaisen välistä yhteydenpitoa kotiutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa (kappale 8.1). Suositusta voidaan jatkossa työstää ja juurruttaa käytäntöön. Hoitajälähetekäytäntöä on kokeiltu Satakunnan sairaanhoitopiirin ALKU –hankkeessa vuonna 2008 (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010, 14-15).

Helsingin kaupungin kotihoidossa toteutettiin vastuuhoidtaja-mallia ja päivystyspoliklinikoilla toimivat kotiutushoitajat. (Helsingin kaupunki 2007, 3-10, 14-21, 27). Porin perusturvan kotihoidossa on toteutettu vastuuhoidtaja-mallia vuoden 2013 alusta lähtien (Korpela 2012, 29, 63). Satakunnan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla kokeiltiin arviointihoidtaja-mallia. Arviointihoidtaja työskenteli yhteistyössä hoitotiimien kanssa potilaan siirtyessä yhteispäivystykseen ja sieltä pois (Lukka & Sippola 2011, 3- 14). Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella kokeiltiin Toimintakykyisenä ikääntyminen –hankkeessa (2010-2012) kotiutuskoordinaattori-mallia. Kotiutuskoordinaattori toimi sairaanhoitopiirin silloisissa päivystysyksiköissä ja tarkkailuosastolla asiantuntijana ja jatkohoidon järjestelyjen konsulttoijana (Korpela 2012, 2-9). Syksyllä 2014 Porin perusturvan sairaalapalveluissa aloittavat toimintansa kuntoutusohjaajat ja kotiutushoitajat.

Tampereen kaupunki perusti Kotio!-hankkeessaan kotiutustiimitoiminnan. Kotiutustiimitoiminnalla pyrittiin täyttämään vuodeosaston ja kodin väliin jäävää ”katvealuetta” ja lisätä kotiutusten oikea-aikaisuutta. Uusina toimintatapoina aloitettiin kotiutustiimin kotiutuskäynnit, kotihoidon yöpartiotoiminta, yhden numeron palvelu sairaalasta kotihoitoon ja yhteistyö teknisen yksikön kanssa vähäisissä kodinmuutostöissä. (Tuli & Selin-Hannola 2009, 2-5,11, 18, 27-29.) Oulun kaupunginsairaala ja kotihoito kehittivät Turvallisesti kotiin –projektissaan kotiutustiimitoimintaa, kotiutusvastuuhenkilötoimintaa, kotiutuksen suunnittelua ja koekotiutuksia, joissa kotiutuja voi tarvittaessa palata osastolle kolmen päivän ajan. Effican luotiin kotiutusfraasit. (Ahlroth & Huotari 2011, 18-19, 32–36, 43, 47,52.) Tampereen ja Oulun kotiutuksen kehittämishankkeiden pohjalta Porin perusturvassa kotiuttamisen jatkokehittämishaasteita voisivat olla kotiutustiimitoiminta, kotiutuskäynnit, akuutti yöpartiotoiminta, yhteystietojen selkiyttäminen, yhteistyö teknisen palvelukeskuksen kanssa asunnonmuutostöissä sekä koekotiutustoiminta.

9.6 Kyselyn tulosten pohdintaa

Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi nousi kotihoidon ja sairaalan välisen yhteistyön edistäminen. Vaikka sujuva tiedonkulku on yhteistyön tärkein edellytys, vastaajat pitivät tiedonkulkua huonona ja sen kehittämistä tarpeellisena. Kotihoidossa odotettiin, että sairaalasta otetaan yhteyttä. Tiedonkulkua, ja samalla kotihoidon työntekijöiden arvostusta asiantuntijoina, edistäisi molemminpuolinen aktiivinen yhteydenpito. Kotihoidon työntekijät tuntevat parhaiten asiakkaidensa tarpeet, toimintakyvyn ja kotiolot, mitkä kotiutuksen suunnittelussa ovat ensiarvoisen tärkeää tietoa. Kotihoidon vastuutyöntekijän rooli kotiutuksen onnistumisessa nähtiin tärkeänä, ja turvallista kotiutusta voitaisiin kehittää lisäämällä vastuutyöntekijän osuutta kotiutuksen koordinaattorina. Välttämättömän tarpeelliseksi kotiutuksen onnistumiseksi koettiin kotihoidon työntekijän mahdollisuus tarkastella potilastietoja Efficasta asiakkaan ollessa sairaalassa, minkä toteutumismahdollisuudet ja sitä rajoittavat tekijät tulisi selvittää.

Oikea-aikaisen kotiutuksen suurin ongelma kotihoidon näkökulmasta ovat perjantaina tapahtuvat kotiutukset. Kotiuttamisen hyvässä käytännössä todetaan, että jos potilas kotiutuu ilman omaisen tukea kotihoidon palvelujen piiriin, kotiutus tulee tapahtua virka-aikana (Hyvä kotiuttaminen 2012). Jos kotiutus on hyvin suunniteltu ja palveluiden järjestämisestä huolehdittu hyvissä ajoin ennen kotiutusajankohtaa, kotiutuminen onnistuu kaikkina viikonpäivinä. Aamupäivällä tapahtuvat kotiutukset edellyttäisivät joustavaa toimintaa osastonlääkäriltä, mutta olisivat kokeilun arvoisia. Vuodeosastojakso ei kuitenkaan saa tämän takia pidentyä vuorokaudella. Vastaajien mielestä asiakkaat kotiutuivat oikea-aikaisesti, mutta melko huonokuntoisina. Sopivasta kotiutumisaikahankohdasta yhteisymmärrykseen pääseminen herättää usein myös tunteita ja keskustelua vuodeosaston työntekijöiden, kotihoidon työntekijöiden, omaisten ja kotiutujan itsensä kesken.

Hoidon jatkuvuudessa on parantamisen varaa sekä potilaan tullessa sairaalaan, että kotiutuessa. Sairaala tarvitsisi tietoa potilaan aiemmasta lääkityksestä ja hoidoista heti tämän tullessa osastolle. Kotiutuessa potilaalla tulee olla varmistettuna hoidon välitön jatkuvuus kotona kotihoidon tai omaisen turvin (Hammar 2008, 27,55; Hyvä kotiuttaminen 2012). Kotiutuessa asiakkaalla tulee olla reseptit, oikeat lääkkeet jaettuna mukaan sovitusti, ajantasainen lääkelista, insuliinit ja hoito-ohjeet, haavahoitotarvikkeita sovitusti ja haavahoito-ohjeet, tietoa Marevan-hoidon toteutuksesta ja seuraava laboratorioaika varattuna ja tiedossa. Jos asiakkaalle on sairaalajakson aikana tullut pidempiaikainen tarve hoitotarvikkeille, selvitys tarvikearpeesta tehdään jo osastolla. Erityisesti perjantaina kotiutuvien potilaiden kohdalla edellä mainittujen asioiden tulee olla hoidettuna, sillä kotihoidolla on suuria vaikeuksia selvittää niihin liittyviä epäselvyyksiä viikonlopun aikana. Kotiutuksen onnistumisessa suuri paino on sekä kotiuttajan että kotiutustiedon vastaanottajan ammattitaidolla. Hoidon jatkuvuus edellyttää tiivistä yhteydenpitoa kotihoidon ja vuodeosaston välillä hyvissä ajoin ennen kotiutusta.

Tarvittavat palvelut, apuvälineet ja asunnonmuutostyöt tulee olla järjestettynä kotihoidon asiakkaan kotiutuessa. Yhteistyö kotihoidon ja sairaalan vuodeosaston välillä ja kotihoidon asiantuntijuuden hyödyntäminen on välttämätöntä. Kotihoito tuntee parhaiten asiakkaan tarpeet, kun taas tarvittavat palvelut järjestetään hoitojakson aikana vuodeosastolta käsin moniammatillisesti. Kotiutuksen suunnittelu

on aloitettava ajoissa, ettei laitoshoidojakso pitene tarpeettomasti palvelujen järjestämisen keskeneräisyyden vuoksi. Kun kotiutus suunnitellaan ja järjestellään huolellisesti yhteistyössä kotihoidon, vuodeosaston, omaisen ja asiakkaan kanssa, asiakas voi jäädä turvallisesti kotiin.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Ahlroth, M. & Huotari, J. 2011. Turvallisesti kotiin – kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalaan ja kotihoitoon. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.5.2013.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34394/ahlroth_mari.pdf?sequence=1

Alsela, M. 2011. Selvitys arviointihoitajakokeilusta Porin perusturvan lähipalvelualueen kotihoidossa. Kaksi ryhmähaastattelua tuloksineen. Integroiva projektityö. Raportissa Korpela, K. 2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanke. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen osahankkeen 2010 – 2012 loppuraportti. Viitattu 3.3.2013. www.satshp.fi

Bolger, N., Davis, A. & Rafaeli, E. 2003. Diary Methods. Capturing Life as it is Lived. The Annual Review of Psychology (54) 1/2003.
 Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 179. Viitattu 21.4.2013. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>

Hankerekisteri. 2012. Viitattu 24.3.2013.
http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_iID=18683&tVNo=1&sTyp=Selau
 s

Helsingin kaupunki. 2007. Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon. Työryhmäraportit. Terveyskeskus. Akuutisairaala ja Kotihoito-osasto. Liite 3.6. Viitattu 23.4.2013. <http://www.hel.fi/static/helsinki/>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kirjayhtymä.

Hyvä kotiuttaminen. 2012. Viitattu 17.12.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?PracticeId=4891b682-5903-4d8d-a3b0-5260d01dcb99>

Hyvä käytäntö. 2012. Viitattu 17.12.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto/>

Innokylä. 2012a. Viitattu 2.1.2013. <https://www.innokyla.fi/>

Innokylä. 2012b. Toimintakykyisenä ikääntyminen - vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi Suomessa 2010 – 2012. Viitattu 26.3.2012. <https://www.innokyla.fi/web/hanke71153>

Jalonen, M. 2013. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Kotiuttamisen kehittäminen Porin Perusturvan kotihoidossa. Julkaisematon lähde.

JHS- suositukset. JUHTA – julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Versio 6.6.2008. Viitattu 20.12.2011. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html>

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 143. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print.

Korpela, K. 2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen –hanke. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen osahankkeen 2010 – 2012 loppuraportti. Viitattu 3.3.2013. www.satshp.fi

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. 4. uudistettu painos. Teknologiainfo Teknova. Espoo.

Laitinen, H. 1998. Tapaustutkimuksen perusteet. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 55. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Lehtonen, K. 2012. Pyhäjärvisuudun pilotti. Väli­raportti 30.6.2012. Viitattu 31.3.2013. www.satshp.fi

Lukka, H. & Sippola, A. 2011. Vanhuksen kotiuttamisen yhteistyömalli. Kehitteillä olevaan arviointimalliin liittyvä yhteistyö diakoniatyöntekijän kanssa. AMK-opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi. Viitattu 16.1.2013. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37296/Lukka_Heli%20Sippola_Aanne.pdf?sequence=1

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluu­desta sairaalaosaston käytännöissä.. Tampere: Terve­yden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 99. Viitattu 12.4.2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104408/URN_ISBN_978-952-245-839-1.pdf?sequence=1

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee –koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Studies in sport, physical education and health. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Reijonen, M., Harra, T., Immonen, S. & Marjamäki-Kekki, M. 2012. Yhteiset asiakkaat. Ammattikorkeakoulu ja sairaala kehittäjäkumppaneina. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Taito-työelämäkirjat 4.2012. Viitattu 6.4.2013. http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/TAI TO/PDF/Yhteiset_asiakkaat.pdf#page=45

Sairaanhoitajaliiton www-sivut. 2014. Viitattu 12.4.2014. <https://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Nyholm, S. 2012. Kehittämistyön käytäntö - loppuraportti. Toimintakykyisenä ikääntyminen – osahankkeessa toteutettavan kotiuttamisen internet –pohjaisen SAS – sovellusohjelman suunnitteluvaiheen ja käyttökokeilun tuki- ja arviointitehtävä. Viitattu 22.2.2013. <http://www.satshp.fi>

Perusturva 2016 strategia. 2011. Pori. Viitattu 16.3.2013.
http://www.pori.fi/material/attachments/perusturva/61jxX909x/Perusturva_startegia_130911.pdf

Perälä, M-L & Hammar, T. 2003. PALKOmalli -Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. STAKES. Aiheita 29/2003, Helsinki.

Porin kaupungin www-sivut. 2014. Viitattu 12.4.2014. <https://www.pori.fi>

Puotila, L. & Ruusunen, J. 2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen - vanhuspalvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012 pilotti: ”Kotiuttamiskäytäntöjen yhtenäistäminen Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella.” Viitattu 29.3.2013. <http://www.satshp.fi>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2010. ALKU – alueellinen kotiutusmallihanke. Koordinointi, tieto ja yhteistyö. Loppuraportti.

STM. 2011a. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Viitattu 22.2.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf

STM. 2011b. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Julkaisuja 2011:5. Viitattu 10.3.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Julkaisuja 2008:3. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=...

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 12.3. 2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013: 11. Viitattu 20.1.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

STM:n www-sivut 2014. Viitattu 12.4.2014. <http://www.stm.fi>

Suomen Sydänliiton www-sivut. 2014. Viitattu 12.4.2014. <http://www.sydanliitto.fi>

Tarhasaari, A. 2012. Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-Ilky:n kotiutusjärjestelijä kotihoitoon-pilotin yhteenvetoraportti. Toimintakykyisenä ikääntyminen - vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010-2012. 1.3.2010 – 30.9.2012. Viitattu 29.3.2013. <http://www.satshp.fi/>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Potilasturvallisuutta taidolla. Viitattu 17.12.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuutta-aidolla-ohjelma

Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa – juurruttamishanke 2012 – 2013. Hankesuunnitelma 23.12.2011. Viitattu 2.4.2013. www.satshp.fi

Tuli, S. & Selin-Hannola, L. 2009. Kotio! –hanke. Kotiutustiimin toiminnan käynnistäminen ja mallintaminen. Kesto 1.11.2007 – 31.12.2009. Loppuraportti. Tampereen kaupunki. Viitattu 5.5.2013. http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5nRFwkWn3/Kotiohankkeen_loppuraportti.pdf

Vanhuspalvelulaki. 2012. L 28.12.2012/980 muutoksineen.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki. Edita.

KYSELY KOTIUTUSTILANTEESTA

Kotiutujan ikä: _____

Kotiutumisasajankohta: _____

Sairaalassaoloaika: _____

Kotikäynnin ajankohta: _____

KOTIHOIDON JA SAIRAALAN VÄLINEN TIEDONKULKU

Esim. sairaalan yhteydenotot, kotihoidon yhteydenotot, kotihoidon asiantuntijuuden hyödyntäminen, asiakkaan vointi, toimintakyky, kotiutuksen suunnittelu, kotiutusajankohta.

Miten kuvaisit tiedonkulkua?

Miten voitaisiin kehittää tiedonkulkua kotiutuksissa?

OIKEA-AIKAINEN KOTIUTUS

Esim. kotiutuiko liian aikaisin vai liian myöhään, asiakkaan kunto, asiakkaan ja omaisen mielipide, hoitokokous, palvelujen järjestäminen, kotiutuksesta sopiminen, kotiutuksen ajankohta.

Miten kuvaisit kotiutusta?

Miten voitaisiin parantaa kotiutusten oikea-aikaisuutta?

HOIDON JATKUVUUS

Esim. reseptit, lääkkeet, insuliinit, hoito-ohjeet, haavanhoidot, ajanvaraukset.

Miten kuvaisit hoidon jatkuvuutta?

Miten voitaisiin parantaa hoidon jatkuvuutta?

PALVELUJEN VIIVEETÖN JÄRJESTÄMINEN

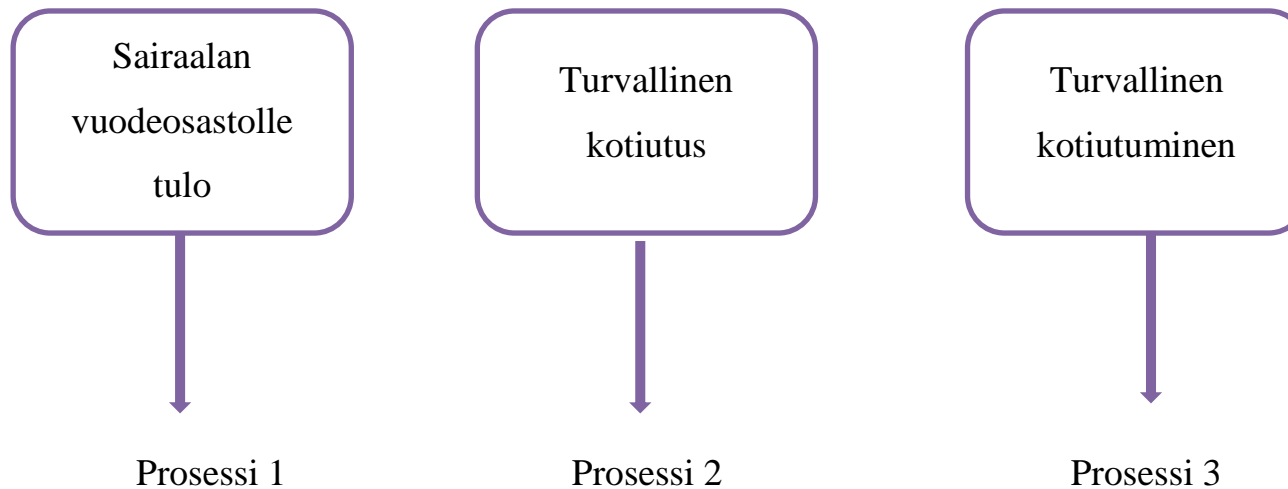
Esim. kotihoito, ateriapalvelu, hoitotarvikkeet, kuntoutus, kodinmuutostyöt, apuvälineet.

Miten kuvaisit palvelun oikea-aikaista järjestämistä?

Miten voitaisiin kehittää palvelujen oikea-aikaista järjestämistä?

OMAT HUOMIOT:

Prosessikaavio
Turvallinen kotiutus Porin perusturvan kotihoidossa



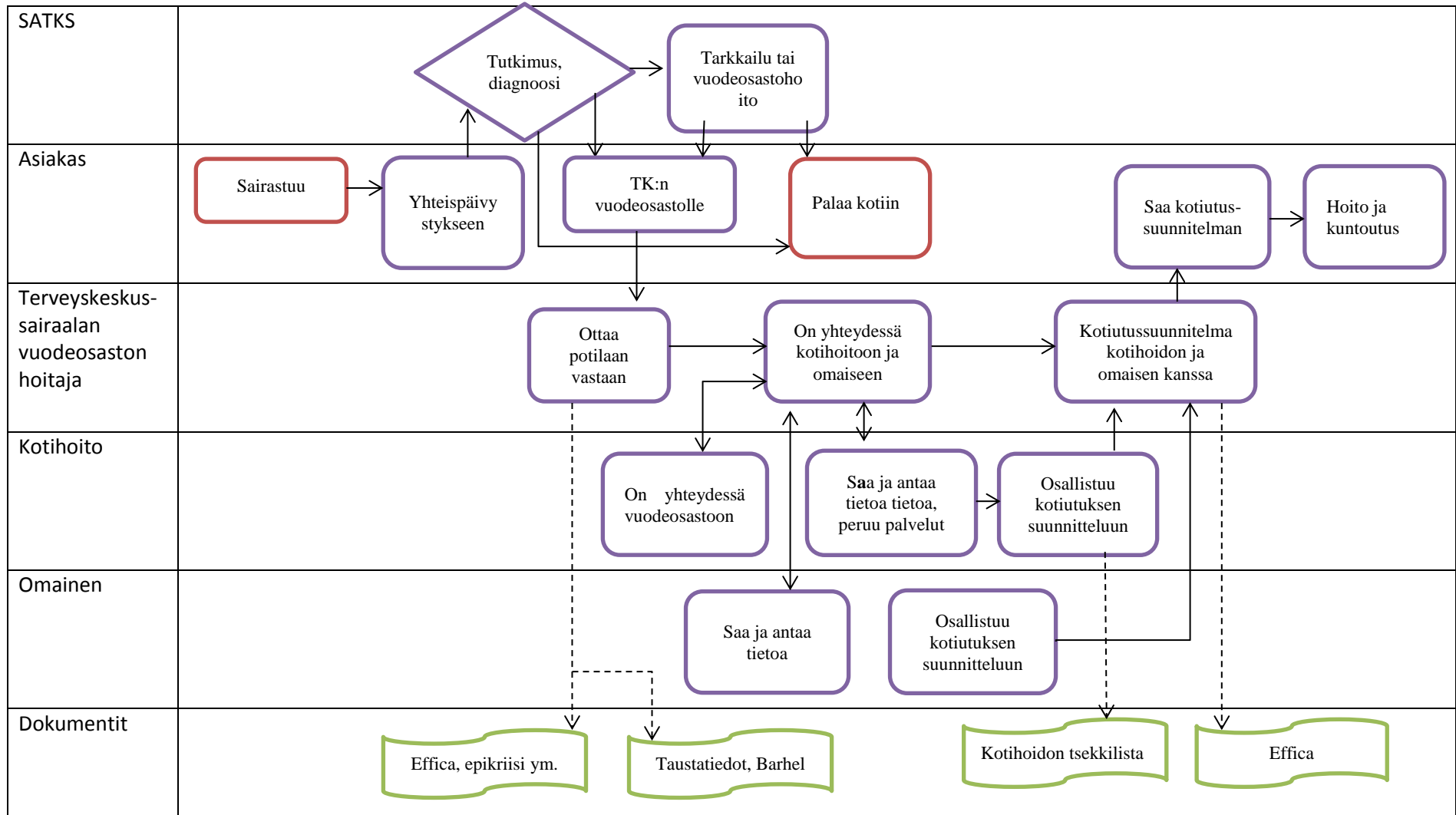
Vaihe/Toiminto	Tehtävät	Lähtötila	Tulostila
Sairaalan vuodeosastolle tulo	<p>Kotihoiton asiakas sairastuu ja päättyy yhteispäivystykseen.</p> <p>Yhteispäivystyksestä potilas kotiutuu kotiin, jää erikoissairaanhoidon tarkkailuun tai vuodeosastolle, tai menee hoitoon terveyskeskussairaalan vuodeosastolle.</p> <p>Potilaan tullessa terveyskeskussairaalan vuodeosastolle yhteispäivystyksestä hoitaja ottaa heti (ei yöllä) yhteyttä kotihoitoon ja omaiseen.</p> <p>Potilaan tullessa erikoissairaanhoidon vuodeosastolta hoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon ja omaiseen samana tai seuraavana päivänä.</p> <p>Kotihoito saa tietoa asiakkaastaan, ja antaa tietoa vuodeosaston hoitajalle mm. potilaan lääkityksestä, hoidoista, olosuhteista ja kotona pärjäämisestä.</p> <p>Kotihoito peruu asiakkaan käynnit ja tukipalvelut.</p> <p>Omainen saa tietoa potilaasta, ja antaa tietoa omasta näkökulmastaan.</p> <p>Vuodeosaston hoitaja antaa tietoa kotihoitoon ja omaiselle potilaasta.</p> <p>Vuodeosaston hoitaja, kotihoito ja omainen laativat yhteistyössä kotiutussuunnitelman, jonka vuodeosaston hoitaja kirjaa Effican kotiutuslehdelle tai hoitotyön lehdelle.</p> <p>Kotihoito laatii tarkistuslistan tarpeista asiakkaan kotiutumista varten.</p> <p>Potilas saa vuodeosastolla tarpeenmukaisen hoidon ja kuntoutuksen, joiden tavoitteena on toimintakyvyn säilyminen tai paraneminen ja mahdollisimman nopea turvallinen kotiutuminen.</p>	<p>Asiakkaan terveydentila vaatii yhteispäivystyksen arvioinnin ja tutkimuksia.</p> <p>Potilaan saavuttua terveyskeskussairaalan vuodeosastolle hoitaja, kotihoito ja omainen ovat yhteydessä keskustellen potilaan voinnista, sekä toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä ennen sairastumista.</p> <p>Kotihoito saa tietoa asiakkaan tilanteesta.</p> <p>Omainen saa tietoa potilaan tilanteesta.</p> <p>Asiakkaan palvelutarve muuttuu vuodeosastojakson aikana.</p> <p>Vuodeosaston hoitaja, kotihoito, omainen ja potilas suunnittelevat yhteistyössä potilaan kotiutusta.</p>	<p>Asiakas saa diagnoosin, jonka perusteella määräytyy jatkohoito erikoissairaanhoidossa, terveyskeskussairaalan vuodeosastolla tai kotona.</p> <p>Vuodeosaston hoitaja tuntee potilaan lääkityksen, hoidot, kotiolosuhteet, aiemman toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen.</p> <p>Hoitaja tietää, mitkä ovat potilaan kotiutumisen edellytykset.</p> <p>Kotihoiton asiantuntijuus hyödynnetään.</p> <p>Omainen osallistetaan.</p> <p>Kotihoito välttyy turhilta käynneiltä ja peruu asiakkaan käynnit ja tukipalvelut.</p> <p>Kotihoito miettii ennakkoivasti, mitä palveluja, apuvälineitä, kodinmuutostöitä ja hoitotarvikkeita asiakas kotiutuessaan tarvitsee.</p> <p>Omainen ennakoi omaa osuuttaan läheisensä muuttuneessa tilanteessa.</p> <p>Asiakkaalla on tarvitsemansa palvelut kotiutuessaan.</p> <p>Potilaalla on Efficaan kirjattu kotiutussuunnitelma.</p>
Turvallinen kotiutus	<p>Kotihoiton asiakas on potilaana terveyskeskussairaalan vuodeosastolla.</p> <p>Kun nähdään, että potilas toipuu kotikuntoiseksi, vuodeosastolla arvioidaan moniammatillisesti potilaan kotiutuessa tarvitsemat palvelut, apuvälineet, kodinmuutostyöt ja hoitotarvikkeet yhteistyössä kotihoiton, omaisen ja potilaan kanssa.</p> <p>Vuodeosaston moniammatillinen työryhmä ja kotihoito järjestävät potilaan tarvitsemat palvelut.</p> <p>Vuodeosasto ja kotihoito kirjaavat Efficaan palvelujen järjestämiseen liittyvät sovitut ja toteutuneet asiat.</p> <p>Omainen varautuu potilaan kotiutumiseen.</p> <p>Kotiutumista edeltävänä päivänä vuodeosaston hoitaja on yhteydessä kotihoitoon ja omaiseen, ja yhteistyössä varmistetaan, että kaikki tarvittavat palvelut ja muut kotiutukseen liittyvät yksityiskohdat toteutuvat.</p> <p>Kotihoito tarkistaa tarkistuslistasta kotiutuksessa tarvittavat asiat.</p>	<p>Potilas toipuu kotikuntoiseksi.</p> <p>Potilaan palvelutarve on muuttunut.</p> <p>Vuodeosasto ja kotihoito huolehtivat oikea-aikaisesta kirjaamisesta.</p> <p>Tarkistetaan, että kaikki tarvittava on hoidettu.</p>	<p>Potilas kotiutuu voinnin salliessa.</p> <p>Asiakkaalla on kotiutuessaan hänen tarvitsemansa palvelut.</p> <p>Molemmat tahot näkevät sovitut palvelut ja niiden järjestämisen tilan Efficasta.</p> <p>Asiakas kotiutuu turvallisesti.</p>

<p>Turvallinen kotiutuminen</p>	<p>Asiakas kotiutuu sairaalasta. Kotihoito menee sovitusti kotikäynnille. Kotihoito tarkistaa, että sovitut asiat ovat toteutuneet. Kotihoito on tarvittaessa yhteydessä vuodeosastoon ja omaiseen. Kotihoito kirjaa kotiutumisen Efficaan. Omainen huolehtii läheisestään. Omainen on tarvittaessa yhteydessä kotihoitoon ja vuodeosastoon. Asiakkaan kotihoidon asiakkuus jatkuu. Kotihoito jatkaa käyntejä uuden palvelutarpeen mukaisesti. Asiakas ei palaa sairaalaan.</p>	<p>Asiakkaalle on hankittu muuttuneen palvelutarpeen mukaiset palvelut.</p> <p>Sovituissa asioissa tai palveluissa on epäselvyyttä.</p> <p>Kotiutus on kirjattu Efficaan.</p> <p>Omaisella on epäselvyyttä asiakkaan asioista tai palveluista.</p> <p>Asiakas saa palvelut vuodeosastojakson aikana sovitun mukaisesti.</p> <p>Asiakas kokee kotiutuksen turvallisena.</p>	<p>Sovitut palvelut ovat toteutuneet asiakkaan kotiuduttua.</p> <p>Kotihoito konsultoi vuodeosastoa.</p> <p>Kirjaukset toimivat kotiutuksen dokumentteina.</p> <p>Omainen konsultoi kotihoitoa tai vuodeosastoa.</p> <p>Asiakkaan palveluja muokataan tarpeen mukaan.</p> <p>Asiakas ei palaa sairaalaan.</p>
---------------------------------	--	--	---

1. Sairaalan vuodeosastolle tulo

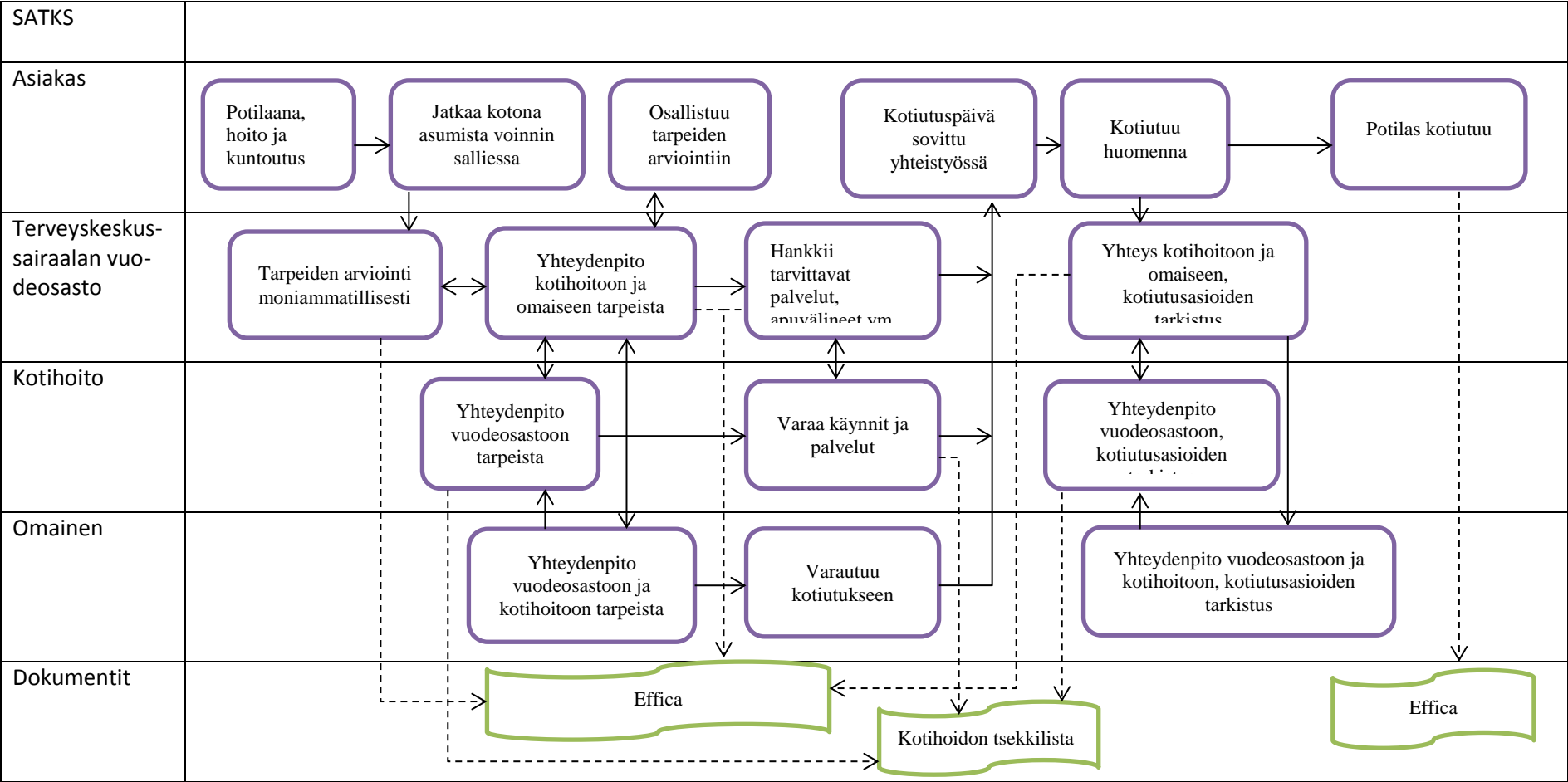
2. Turvallinen kotiutus

Porin perusturva
Kotihoito



2. Turvallinen kotiutus

3. Turvallinen kotiutuminen



3. Turvallinen kotiutuminen

